



Addictions et comorbidités psychiatriques : le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte. Étude descriptive, multicentrique, transversale dans une population consultant en ambulatoire avec problématique addictive

Audrey Achard

► To cite this version:

Audrey Achard. Addictions et comorbidités psychiatriques : le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte. Étude descriptive, multicentrique, transversale dans une population consultant en ambulatoire avec problématique addictive. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01375447

HAL Id: dumas-01375447

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01375447>

Submitted on 3 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

« ADDICTIONS ET COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES : LE TROUBLE
DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE CHEZ
L'ADULTE.

ETUDE DESCRIPTIVE, MULTICENTRIQUE, TRANSVERSALE DANS
UNE POPULATION CONSULTANT EN AMBULATOIRE AVEC
PROBLEMATIQUE ADDICTIVE »

THESE

Présentée et soutenue publiquement

A le faculté de médecine de Nice le 17 Juin 2016

Pour obtenir le diplôme d'état de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Audrey Achard

Née le 09/10/1988 à Nice

La composition du jury est la suivante :

Président :	Professeur M. Benoit
Directeur de la thèse :	Docteur F. Cherickh
Juges :	Professeur G. Darcourt
	Professeur A. Tran
	Docteur C. Carrere



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2015 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTE Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amedée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GERARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Romeo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNE Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Eric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gerald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (34.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (34.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (33.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (32.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (31.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (31.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (32.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (31.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (33.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCONI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (32.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (34.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (33.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (34.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (33.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie - Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (34.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (30.01)
M.	CANTIVET Bertrand	Médecine Interne (33.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (34.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (34.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (43.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAIMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Michel Benoit : Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Guy Darcourt : Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury et pour votre enseignement. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Albert Tran : Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Christian Carrere : Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury, de m'avoir apporté les connaissances et la passion de l'addictologie.

A Monsieur le Docteur Faredj Cherickh : Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail, merci de votre enthousiasme, de votre enseignement, de votre disponibilité, de vos conseils. Vous m'avez permis de travailler sur un sujet passionnant.

A toutes les équipes des CSAPA qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail, pour leur gentillesse et leur accueil.

A Madame le Dr Roxane Fabre pour son aide apportée dans la réalisation de ce travail.

A tous mes co-internes, pour leur soutien au cours de cet internat et les moments passés avec eux, à Mathieu, pour tout ce qui s'est passé depuis que je t'ai rencontré.

Aux ballerines, pour les fabuleux moments passés avec elles.

A mes amis d'ici ou d'ailleurs.

A mes parents pour être à mes côtés au quotidien et à mon frère, Cyprien.

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION :	11
I) Généralités sur les addictions :	11
1) Une définition de l'addiction	
2) Critères du DSM-IV	
3) Nouvelle définition de la dépendance le DSM V	
4) Le craving	
II) Facteurs de risque et de vulnérabilité	16
1) Facteurs individuels de vulnérabilité	
2) Agressivité et tendances antisociales	
3) Facteurs liés à l'environnement	
4) Facteurs liés aux produits	
5) Retentissement des événements de vie sur le fonctionnement psychique	
6) Des facteurs de risque aux modalités de consommation	
III) Vulnérabilité aux addictions	20
IV) Psychanalyse et addictions	22
V) Plaisirs, sensations, émotions, passions et neurobiologie des addictions	28
1) Le plaisir	
2) Sensations, émotions, passions et addictions	
3) Neurobiologie des addictions	
VI) Adolescence et addiction	43
1) L'attachement	
2) L'adolescence une période charnière	
LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES EN ADDICTOLOGIE :	48
I) Introduction à la notion de comorbidité	48
1) Définition de la comorbidité	
2) Notion de comorbidité et concept de dual diagnosis	
II) L'alcool	50
III) Le cannabis	53
IV) Le tabac	55
V) La cocaïne	56
VI) L'héroïne et les opiacés	57
VII) Les troubles du comportement alimentaire	58
VIII) Le jeu pathologique	59
IX) L'addiction sexuelle	60
LE TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE	61
I) Chez l'enfant	61
1) Diagnostic des troubles attentionnels et de l'hyperactivité	
2) Epidémiologie du TDAH	
3) Etiologie du TDAH	
4) Aspects thérapeutiques	

II) Chez l'adulte	86
1) Tableau clinique	
2) Etablir le diagnostic	
3) Les échelles d'évaluation	
4) Epidémiologie	
5) Quelques éléments sur le traitement	
6) Les personnes âgées	
 ADDICTION ET COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE : LE TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE	 102
1) Introduction	
2) La question de l'automédication	
3) L'ASRS dans les populations consommatrices de drogues	
4) Prévalence du TDAH dans les populations avec problématique addictive	
5) Le lien entre le TDAH et les troubles addictifs	
6) Les substances les plus fréquemment rencontrées	
7) Les troubles comorbides	
8) Des perspectives sur le traitement	
 ETUDE	 110
1) Introduction	
2) Matériels et Méthodes	
3) Résultats	
4) Discussion	
 CONCLUSION	
 BIBLIOGRAPHIE	 139
 ANNEXES	 145
 SERMENT D'HIPPOCRATE	 211
 RESUME	 212

INTRODUCTION :

I) Généralités sur les addictions (1) :

On sait qu'en médecine, comme en science ou même dans la vie quotidienne, le fait de définir et de nommer quelque chose lui permet d'exister. Aussi sur le plan médical, la définition, la description et la nomination d'une pathologie permettent de la reconnaître, puis d'établir les moyens de la traiter.

Les pratiques addictives incluent la totalité des conduites addictives, la totalité des comportements de consommation : cela signifie que la notion d'usage doit être incluse dans la réflexion.

1) Une définition de l'addiction :

L'étymologie du terme addiction est latine, il vient de ad-dicere « dire à ». A l'époque de la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient dits « à leur maître ». L'addiction exprime donc une absence d'indépendance, voire un esclavage.

D'autre part, dans le droit romain le mot addictus désigne celui qui, du fait de ses dettes, était condamné à être esclave des créanciers. Ce terme fut conservé jusqu'à l'époque médiévale puisque « être addicté » consistait à être condamné à payer des dettes par le travail à son créancier suite à une ordonnance du tribunal.

Enfin en Angleterre au XIV^{ème} siècle : l'addiction désigne la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître.

Par extension, ce terme désignera des passions moralement répréhensibles pour enfin désigner (en langage populaire) toutes les passions dévorantes et toutes les dépendances dans le sens d'être « accro » à quelque chose.

Les psychiatres se sont emparés de ce terme par la suite pour désigner la toxicomanie, la dépendance aux produits jusqu'au concept actuel élargi aux comportements pathologiques.

Goodman a proposé en 1990 une définition opératoire (2) :

- A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
- B. Tension croissante avant d'initier le comportement
- C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
- D. Perte du contrôle en débutant le comportement
- E. Cinq des critères suivants ou plus :
 - 1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
 - 2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
 - 3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter
 - 4. Temps considérable passé à réaliser le comportement
 - 5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement

6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles

7. Poursuite malgré les problèmes sociaux

8. Tolérance marquée

9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement

F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période

En résumé, l'addiction se caractérise par :

-l'impossibilité de contrôler un comportement

-la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

Le concept de pratiques addictives permet de sortir du piège vocable commode, mais stigmatisant : « alcoolisme », « toxicomanie ». Tout utilisateur d'alcool ou de stupéfiants, même chronique, ne présente pas un comportement addictif si l'on ne retrouve pas cette avidité, cette répétition et cette impossibilité à lutter contre la dépendance.

Ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit en lui-même qui est mis en cause mais l'utilisation qu'en fait le sujet.

Critères du DSM IV des addictions :

La communauté scientifique individualise trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives : l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance.

USAGE : L'usage ne saurait être considéré comme pathologique, puisqu'il n'entraîne pas de dommage.

Mais certaines formes d'usage comprennent des risques.

-L'usage à risque : Dans certaines circonstances ou situations, une consommation apparemment socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages. Il est important de préciser les caractéristiques de ces usages à risque qui font le lit de l'abus et de la dépendance :

-le risque situationnel (conduites automobiles, de motos, de scooters, et également la grossesse)

-le risque quantitatif ou de consommation au-delà de certaines quantités (telles que définies par exemple par l'OMS pour l'alcool), c'est-à-dire la consommation régulière excessive de substances psychoactives.

-L'usage nocif : L'usage nocif se caractérise par la concrétisation des dommages liés à la prise de risque.

DEFINITION ABUS/ USAGE NOCIF : L'abus, défini par le DSM IV, de substances psychoactives pose un réel problème conceptuel de positionnement.

L'intérêt majeur de cette définition est de faire reconnaître qu'il y a un problème, un trouble et de faire admettre cette modalité de consommation comme une entité pathologique.

2) Critères d'abus du DSM-IV : (3)

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;

2. utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance) ;

3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;

4. utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par des effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

DEPENDANCE : Il est habituel de distinguer

-La dépendance psychique définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit (le sevrage psychique). Cette dépendance psychique a pour traduction principale le craving ou recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable

-La dépendance physique définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit.

Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée). Cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic.

Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois : (3)

1. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu ;

A : besoin de quantité nettement majorée de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

B : effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance

2. incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter ;

A : Syndrome de sevrage caractéristique de la substance

B : La même substance est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage

3. apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage ;

4. existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant ;

5. beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets ;

6. réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance ;

7. persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.

3) Nouvelle définition de la dépendance : LE DSM 5 : (4)

Les changements par rapport au DSM-IV sont marqués par la disparition de la notion d'abus. La dépendance comprend maintenant 11 critères, contre 7 dans le DSM-IV. Le nombre de critères correspond à des niveaux d'intensité (dépendance légère : présence de 2 à 3 symptômes, dépendance moyenne : présence de 4 à 5 symptômes, dépendance sévère : présence de 6 symptômes ou plus). Le terme de dépendance a finalement été retenu, au détriment du terme d'addiction qui avait été un moment évoqué.

Quatre critères de dépendance ont été rajoutés par rapport au DSM-IV :

Le craving, ou désir irrésistible de consommer de la substance, concept addictologique clé, maintenant consacré dans le DSM-5.

Des difficultés à remplir ses obligations professionnelles, scolaires ou familiales à cause de la consommation répétée de substance.

La poursuite de la consommation malgré des problèmes relationnels ou sociaux persistants susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance.

La consommation répétée dans des situations potentiellement dangereuses.

Dans le DSM-5, la dépendance peut être en rémission précoce (pas de critère de dépendance depuis au moins trois mois, mais depuis moins de 12 mois) ou en rémission prolongée (pas de critère de dépendance depuis au moins 12 mois, sauf le critère craving qui peut persister). Il est également possible de préciser si le sujet est dans un environnement protégé, lorsque l'accès à la substance est limité ou si le sujet est sous traitement de substitution (pour les opiacés).

Inclusion de nouveaux troubles

Le syndrome de sevrage au cannabis et le syndrome de sevrage à la caféine apparaissent pour la première fois dans le DSM-5.

Les critères DSM-5 de sevrage au cannabis comprennent au moins 3 manifestations, après arrêt d'une utilisation massive et prolongée de cannabis, parmi les sept suivants : irritabilité/agressivité, anxiété, troubles du sommeil, diminution de l'appétit, agitation, humeur dysphorique/dépressive, symptômes somatiques (douleurs abdominales, tremblements, sueurs, fièvre, frissons, céphalées).

Les critères DSM-5 de sevrage à la caféine comprennent un usage quotidien prolongé de caféine et au moins 3 symptômes survenant après l'arrêt ou la réduction parmi les quatre suivants : céphalées, fatigue/somnolence, humeur dysphorique/irritabilité ou symptômes grippaux. Les symptômes entraînent des difficultés dans les domaines sociaux, professionnels et dans d'autres domaines importants de fonctionnement et ne sont pas liés à des affections médicales, psychiatriques ou à l'intoxication ou au sevrage à une autre substance.

Des critères de troubles « jeu pathologique sur Internet » apparaissent dans un chapitre spécifique dédié aux troubles demandant des études complémentaires, faute de consensus actuel sur les critères. Le jeu pathologique, inclus dans le DSM-IV dans le chapitre « troubles du contrôle des impulsions », est inclus dans le DSM-5 dans le chapitre des addictions.

4) Le craving :

Le craving est défini comme une envie irrépressible ou un désir impérieux et irrésistible de consommer un produit ou d'avoir un comportement. On distingue quatre grandes formes de craving :

-la première répond aux symptômes de manque et désigne chez une personne l'envie de consommer une substance pour faire disparaître les symptômes désagréables (tension, tremblements, sudation).

-La deuxième forme reflète la croyance que la substance viendra apporter un plaisir recherché le plus rapidement possible, il s'agit donc d'une réponse à un sentiment de manque de plaisir, la substance ou le comportement étant perçu comme un moyen d'automédication face à l'absence de plaisir.

-La troisième forme de craving est une réponse conditionnée aux indices liés au produit, ainsi par apprentissage, un stimulus neutre est associé à la consommation d'alcool et au plaisir qu'elle procure (qui devient un renforcement). Les stimuli neutres deviennent alors des stimuli conditionnés, et leur simple présence peut faire survenir un craving.

-La quatrième forme de craving désigne une réponse à un désir hédonique en ce sens que l'envie provient du désir de renforcer une expérience positive.

Le craving est un ressenti subjectif, une expérience singulière sur laquelle les patients alcoolo-dépendants peuvent mettre un sens en termes de croyances. Les croyances sont des pensées, des connaissances propres aux individus sur eux-mêmes et sur le monde qui les entoure. Elles sont les produits subconscients des schémas cognitifs stockés en mémoire à long terme. Ils sont inconscients et produisent des pensées automatiques, des croyances dysfonctionnelles, qui influencent les sentiments et les comportements. Ainsi les croyances peuvent donc avoir une influence indirecte sur la rechute, en effet, une activation de schémas cognitifs généraux et de croyances addictives entraîne une mise à la conscience des pensées automatiques qui font naître le craving. (39)

II) Facteurs de risque et de vulnérabilité : (6)

L'addiction est la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs : (1)

Il s'agit :

- des facteurs liés aux produits (P)
- des facteurs individuels de vulnérabilité (I)
- des facteurs de risque environnementaux (E)

ADDICTION = P x I x E

La bonne connaissance des facteurs individuels et environnementaux est absolument capitale. Elle permet des actions ciblées sur ces individus ou ces contextes de vulnérabilité, grâce à la mise en place d'un soutien psychosocial adapté et précoce.

C'est également un élément diagnostique et pronostique de toute première importance.

L'existence de ces facteurs, lorsqu'elle est conjointe à la consommation de produits psychotropes, laisse fortement présager l'installation d'un usage nocif, puis d'une dépendance.

En effet, ces facteurs sont à la fois des facteurs de risque d'usage nocif, mais également des indicateurs de gravité lorsque la consommation nocive est installée.

1) Facteurs individuels de vulnérabilité :

-Tempérament : Il semble qu'en relation avec les facteurs de personnalité, le tempérament puisse intervenir comme un ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements stables dans le temps, dont certains se sont révélés particulièrement prédictifs de la survenue d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool et de drogues à l'adolescence.

On peut retrouver :

- Un niveau élevé de recherche de sensation
- Un niveau élevé de recherche de nouveauté
- Un faible évitement du danger
- Un niveau élevé d'activités comportementales associées à de faibles capacités attentionnelles
- Un niveau élevé de réactivité émotionnelle
- Un retour lent à l'équilibre après un stress
- La faible estime de soi
- L'autodépréciation
- La timidité
- Les réactions émotionnelles excessives

- La difficulté à faire face aux événements et à établir des relations stables et satisfaisantes
- Les difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels

2) Agressivité, tendances antisociales : (5)

Certaines études longitudinales réalisées auprès de collégiens et d'étudiants ont souligné que l'agressivité et l'impulsivité intervenaient comme des facteurs de risque pour la consommation de substances (alcool et drogues). Les conduites d'agression pendant l'enfance prédisent les conduites de délinquance ainsi qu'une consommation de drogues à l'adolescence et à l'âge adulte. Cette forte implication de l'impulsivité et de l'agressivité dans les conduites de consommation serait sous-tendue, selon certains auteurs, par un déficit général de la capacité d'autorégulation, notamment dans l'alcoolisme et dans la consommation d'opiacés et de cocaïne.

La recherche de sensations :

C'est en 1964 que Zuckerman utilise le concept de « niveau optimum de stimulation » en termes d'activation pour conceptualiser sa première théorie de la recherche de sensations. Selon cette conceptualisation, l'amateur de sensations aurait tendance à fonctionner de manière à maintenir « un niveau optimum de stimulation » élevé. Zuckerman, qui s'orienta plus tard vers un modèle psychobiologique de la recherche de sensations, modifie ensuite ce concept de « niveau optimum d'activation » en « niveau optimum de l'activité du système catécholaminergique », plus particulièrement dopaminergique.

Dans cette seconde théorisation, les amateurs de sensations auraient, dans un état de non-stimulation, une activité catécholaminergique faible et seraient à la recherche de substances ou de comportements qui augmenteraient cette activité.

La recherche de sensations se définit comme le besoin d'expériences et de sensations variées et complexes pouvant conduire à des comportements de désinhibition, des activités physiques et sociales risquées.

La recherche de danger et d'aventures concerne l'attrait pour des sports ou activités à risque, tels que le parachutisme, l'escalade, le ski à grande vitesse, etc. La désinhibition désigne l'usage de substances psychoactives illicites ainsi qu'un intérêt pour la recherche d'expériences illégales. Le non conformisme désigne une contestation, un rejet pour le familier, le prévisible, ainsi qu'un intérêt pour certaines valeurs originales, voire une attirance pour une certaine marginalité sociale sous-tendue par un désir de se singulariser.

Des études ont montré l'importance du facteur « âge ». En effet, la recherche de sensations connaît un pic à la fin de l'adolescence puis décroît avec l'âge.

La recherche de sensations à l'adolescence a été reliée à des comportements à risques, notamment dans la conduite automobile, conduite sous l'emprise de l'alcool, vitesse excessive ainsi que dans la pratique de sports à risques.

Mais c'est surtout dans les conduites de consommation que la recherche de sensations a été le plus étudiée.

La recherche de nouveauté :

La recherche de nouveauté s'inscrit dans une approche tridimensionnelle de la personnalité. Selon Cloninger, la personnalité considérée dans une perspective psychobiologique s'appuie sur l'existence de trois dimensions, résultat de l'interaction d'indices physiologiques avec des patterns adaptatifs environnementaux : la recherche de nouveauté, l'évitement de la douleur et la dépendance à la récompense.

La recherche de nouveauté qui serait associée au système dopaminergique se manifeste au plan comportemental par une tendance à la joie de vivre, des activités exploratoires, une attraction par des récompenses potentielles ainsi que par un évitement actif de la monotonie et des punitions. L'évitement de la douleur serait plutôt associé au système sérotoninergique. Il se traduit par un évitement passif de la nouveauté, une inhibition du comportement pour éviter la punition et la frustration. La dépendance à la récompense serait associée au système noradrénergique et se manifeste par une tendance à répondre intensément aux signaux de récompense (en particulier les signaux verbaux d'approbation sociale) et à maintenir une conduite antérieurement associée à une récompense.

Comme pour la recherche de sensations, l'âge intervient significativement dans la recherche de nouveauté. Celle-ci est plus élevée à l'adolescence qu'à l'âge adulte.

Cloninger a proposé un profil de personnalité «à risque» pour les comportements addictifs, caractérisé par une forte recherche de nouveauté, un faible évitement de la douleur et une faible dépendance à la récompense. Chez l'adolescent, les études cherchant à valider ce modèle ont donné des résultats variables.

3) Facteurs liés à l'environnement :

Les facteurs socio-culturels interviennent dans les régulations des consommations et l'exposition aux produits. Ces facteurs influent sur les attentes des individus envers les produits, les modes de consommation, l'expression des conduites addictives, leur pérennisation et les réactions sociales vis-à-vis de ces conduites. On sait par ailleurs que plus les facteurs d'exposition sont élevés moins il est nécessaire d'avoir une forte vulnérabilité. A l'inverse, lorsque l'exposition est faible, on retrouvera d'importants facteurs de vulnérabilité.

La dimension culturelle des usages des substances psychoactives est donc capitale à prendre en compte à la fois pour en saisir le sens et pour en comprendre une bonne part des mécanismes.

Rôle des pairs : Il est incontestable que le groupe des pairs (les copains), soit par l'usage au sein du groupe, soit par la grande tolérance du groupe aux substances, joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogue à l'adolescence, complétée, par la suite par un rôle renforçateur dans le choix du groupe de pairs dans lequel circulent des substances.

Si la pression des pairs est un facteur d'abus de substance, il est aussi un possible facteur d'abstinence.

-FAMILLE : Le fonctionnement intrafamilial, les liens familiaux et le style d'éducation parentale de type négligent, rejetant, permissif jouent un rôle important dans l'installation d'une conduite addictive. De plus il existe des liens étroits entre histoire familiale de dépendance à l'alcool ou à d'autres produits psychoactifs et un âge de début précoce des consommations nocives. La tolérance familiale pour l'usage de produits et la transgression des règles familiales sont également un facteur de risque de début des consommations de substances chez l'enfant et l'adolescent. Les événements de vie familiaux sont aussi à prendre en compte.

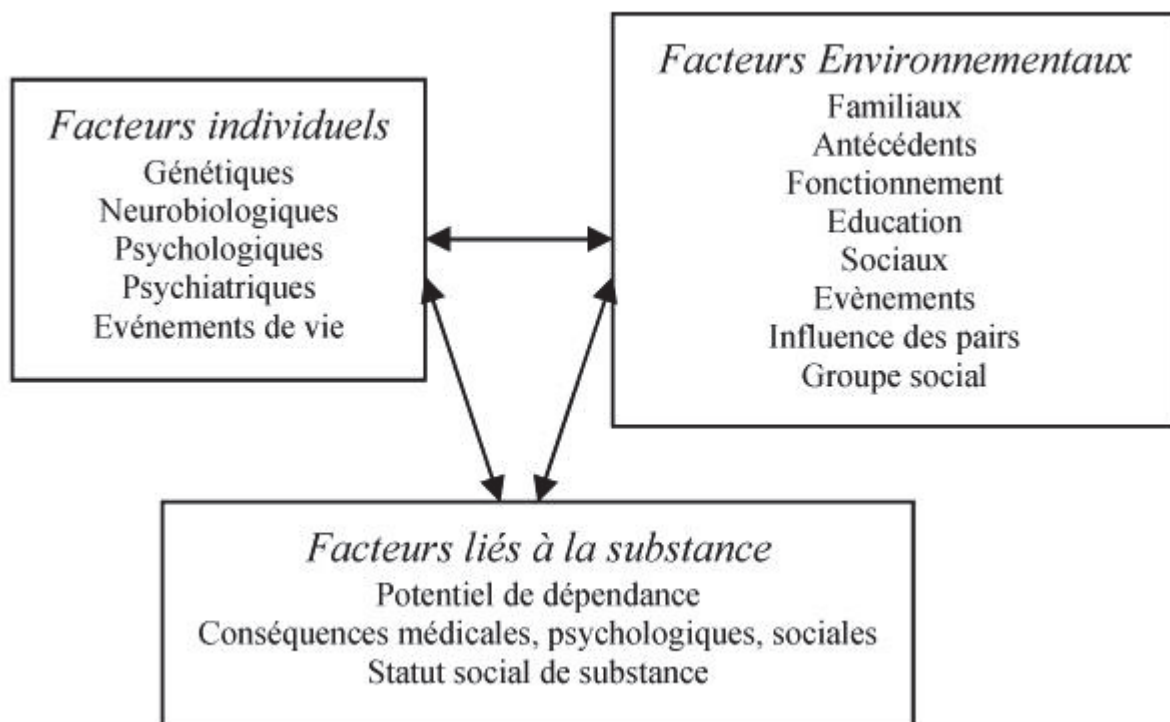
-ENVIRONNEMENT : La perte des repères sociaux (chômage, précarité,...) est un facteur de risque majeur. La rupture ou l'exclusion scolaire, l'absence d'encadrement pédagogique laissent l'enfant ou l'adolescent livré à lui-même, pouvant interagir avec des pairs déviants et recherchant la nouveauté. La marginalisation, fracture avec le système social naturel du sujet, est fortement corrélée à l'usage de substances psychoactives.

4) Facteurs liés aux produits : (6)

Le niveau de dépendance varie selon les substances psychoactives. Les trois substances ayant un pouvoir addictif puissant sont le tabac, l'héroïne et la cocaïne.

Tous les produits psychoactifs entraînent des complications somatiques, psychologiques, sociales à court et à long terme.

Le statut social du produit dépend du caractère licite ou illicite et du type de produit. Un produit comme l'héroïne ou le crack peut entraîner une marginalisation, une désocialisation et une délinquance liée aux difficultés à se procurer le produit.



5) Retentissement des événements de vie sur le fonctionnement psychique :

Les événements de vie font le lien entre les facteurs liés à l'environnement et une vulnérabilité du fonctionnement psychique. Il est intéressant de relier les notions cliniques et épidémiologiques qui affirment le rôle des événements traumatisants dans la vulnérabilité addictive (ce qui est également clairement montré chez l'animal) et les notions de neurobiologie qui insistent sur la dysrégulation de l'axe corticotrope dans les pathologies addictives.

6) Des facteurs de risque aux modalités de consommation :

L'information sur les modalités de consommation à risque doit permettre à la population et aux consommateurs de percevoir la situation de danger et peut légitimer l'intervention éventuelle.

La précocité traduit à la fois la vulnérabilité génétique et familiale, une fréquente incitation environnementale entraîne des conséquences délétères décrites sur un cerveau en développement, en particulier sur son système dopaminergique, traduction de la maturation des capacités de gestion du plaisir et de la souffrance, de l'impulsivité et des stratégies de contrôle supérieur.

Plus une consommation de substances psychoactives démarre tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'abus et/ou d'installation d'une dépendance est élevé. Cette règle est applicable à toutes les substances, surtout si l'usage se répète. Les comportements qui s'inscrivent durant l'adolescence ou la préadolescence se constituent plus facilement en modes de vie et en habitudes difficiles à modifier par la suite, d'autant qu'un organisme jeune est sur certains plans beaucoup plus sensible à certains effets.

La consommation « auto thérapeutique » condense les facteurs de vulnérabilité psychologiques et psychiatriques et l'entrée dans l'addiction par la voie de l'évitement de la souffrance.

Il est important de connaître les moments de consommation, les heures des dernières prises, de savoir si l'usage a lieu en groupe ou de manière solitaire, et de rechercher un terrain psychopathologique sous-jacent. Différents types de consommation peuvent être individualisés comme étant : à visée anxiolytique en soirée, à début matinal, des consommations régulières, continues et massives pour lutter contre l'ennui,.....

L'usage solitaire d'un produit psychoactif indique le plus souvent une augmentation de la consommation. L'usage à visée anxiolytique, sédatif, antidépresseur du produit semble être révélateur de troubles psychopathologiques sous-jacents chez un certain nombre de sujets.

La recherche d'ivresse, les conduites d'excès condensent la vulnérabilité génétique, les traits de caractère sociopathiques et l'entrée dans l'addiction par la voie de recherche de sensation.

L'effet recherché par la consommation fréquente et/ou en quantités élevées d'un produit est celui d'une anesthésie, d'une recherche de « défonce ». Les ivresses cannabiques, les binge-drinking peuvent être fréquents et importants.

Les polyconsommations sont un facteur d'aggravation du risque d'intoxication pour toutes les substances psychoactives. Le risque est dès lors à la fois pharmacobiologique et psychosocial. (6)

III) Vulnérabilité génétique aux addictions : (7)

De nombreuses données épidémiologiques aident à préciser le spectre phénotypique de la vulnérabilité aux addictions. On se fonde ainsi, notamment, sur la fréquence des associations morbides d'abus et de dépendances aux substances psychoactives chez les mêmes sujets et dans les mêmes familles. On estime aussi les co-occurrences entre les dépendances aux substances et certaines dépendances comportementales. Enfin, une analyse des trajectoires des dépendances sur la vie permet de retrouver l'expression de traits de tempérament, voire de troubles du comportement qui marquent cette susceptibilité dès la prime enfance.

L'association entre les différentes toxicomanies est démontrée, les sujets abuseurs ou dépendants à une substance ont un risque multiplié par sept de souffrir également d'une dépendance à une autre substance.

De plus, une consommation de plusieurs substances addictives est associée à des conduites suicidaires et des troubles mentaux plus fréquents.

Certaines études évaluent en priorité la génétique : la fréquence des dépendances aux substances au sein des familles de sujets atteints, mettent en avant une vulnérabilité familiale.

On peut considérer que tous les gènes de vulnérabilité sont communs à toutes les dépendances.

La co-agrégation familiale entre addiction pharmacologique et comportementale est moins bien établie qu'en ce qui concerne les dépendances aux substances.

L'hérabilité génétique correspond au pourcentage d'explication de la maladie par les différences interindividuelles du génome.

L'hérabilité génétique concernant chacune des dépendances aux substances témoigne d'un poids modéré des facteurs génétiques. Les gènes jouent un rôle important dans la consommation d'alcool et la dépendance au tabac, pour laquelle l'hérabilité est maximale dans les formes les plus persistantes.

Les gènes sous-tendent également en partie le caractère familial de certains types d'addictions comportementales.

L'influence des gènes semble plus importante pour les phénotypes les plus comorbides et en cas d'intoxication précoce.

En plus des facteurs spécifiques à chaque type d'addiction, il existe une part de susceptibilité génétique commune au développement des dépendances pharmacologiques, des addictions comportementales et des comportements perturbateurs de l'enfant. Ces données renforcent la définition d'un terrain de vulnérabilité précoce et aspécifique s'exprimant potentiellement par de multiples troubles impulsifs.

Les modèles animaux constituent une manière d'étudier la base génétique des comportements humains complexes, les espèces animales les plus généralement utilisées sont des rongeurs. De façon générale les séquences d'ADN humains et celles d'autres organismes sont plus similaires que différentes.

Les modèles animaux peuvent provenir soit de lignées génétiquement sélectionnées pour leur préférence envers l'alcool (addiction la plus fréquemment étudiée), soit d'animaux ayant acquis cette préférence par apprentissage.

Deux neuromédiateurs ont pu être mis en évidence dans ces études sur les animaux : ces deux neuromédiateurs sont particulièrement impliqués dans les propriétés de renforcement de l'alcool et autres drogues : la dopamine et la sérotonine. On peut citer le système dopaminergique avec l'implication du récepteur D2, le récepteur D3, le système sérotoninergique avec l'implication du récepteur 5-HT1B, mais également le système GABAergique avec le récepteur GABA-A, le récepteur cannabinoïde CB1 et les récepteurs opioïdes tels que le récepteurs κ et le récepteur μ .

Le système de récompense et la dopamine :

Différentes voies neurobiologiques modulent le système de récompense. Les voies sérotoninergiques, glutamatergiques, GABA-ergiques, opioïdes, ou impliquant les récepteurs aux cannabinoïdes sont donc toutes candidates à la recherche de gènes de vulnérabilité. Pour autant, la voie neurobiologique la plus probablement en cause dans cette vulnérabilité globale est la voie dopaminergique. Le rôle du

récepteur D2 dans la vulnérabilité aux addictions est largement suggéré par de nombreuses études (en lien avec l'allèle A1).

Une convergence d'éléments plaide pour un déterminisme génétique des addictions, non spécifique à l'objet de cette dépendance. Il reste toutefois impossible de désigner un gène qui conférerait une susceptibilité aux addictions en général.

IV) Psychanalyse et addictions : (8)

La question s'impose de savoir comment un sujet en vient à s'empoisonner au mépris de sa vie. « Qui doit-il être pour s'empoisonner avec plaisir », et quel genre de « plaisir » est-ce là ?

-Problématique :

* La « pharmaco-dépendance » : L'objet et l'instrument de cette dépendance est un médicament (qui a un double sens : médicament et poison). Soit une médication qui empoisonne ou un poison qui soigne.

*Freud et la question toxique : Dans un premier temps Freud rencontre la question de la cocaïne et de ses effets thérapeutiques (1884-1887). Il fut confronté à la mort tragique de son ami von Fleisch-Marxow, qui mourut des effets de la cocaïne censée le guérir de sa morphinomanie. En second lieu, dès les années 1890, Freud décrit la notion de « névroses toxiques » fondée sur un modèle de l'auto-empoisonnement, caractérisé par l'afflux excessif de « poisons nerveux ». Dans la sexualité dans l'étiologie des névroses (1896), au moment d'établir sa grande théorie de l'étiologie sexuelle des névroses, Freud évoque la question : d'où vient « le besoin impérieux » de « l'agent narcotique ». Dans les trois essais de la théorie sexuelle (1905), il est pris acte d'une sorte d'homologie entre les deux types de névrose « les névroses qui se laissent ramener uniquement à des troubles de la vie sexuelle montrent une ressemblance clinique avec les phénomènes d'intoxication et d'abstinence qui se présentent par l'introduction habituelle de toxiques produisant du plaisir ». Dans son premier essai relatif à la culture, il situe les névroses « de nature toxique » caractérisées par « l'afflux excessif ou le manque de certains poisons nerveux » face aux « psychonévroses ». On trouve une série d'observations sur l'alcoolisme dans ses contributions à la vie amoureuse (1910). La question du recours à la drogue réapparaît dans le cadre des destins des pulsions (1915) en liaison avec la douleur. Enfin, dans *Malaise dans la culture* (1929), l'intoxication est évoquée comme une « technique de bonheur » collective de défense contre la douleur, et un parallèle est fait avec la manie. Freud n'objective pas la question de l'addiction comme telle, il la rencontre au carrefour des questions centrales.

*L'émergence de l'addiction chez les post-freudiens : Rôle pionnier de Sandor Rado (1890-1972) avec ses deux contributions majeures de 1926 et 1933 suivi de Moshe Wulff et Edward Glover (1932) et synthétisé par Otto Fenichel (1945) qui introduira la notion de « toxicomanies sans drogues ». C'est aussi à cette époque que Jacques Lacan évoque les « toxicomanies de la bouche » (1938). La mobilisation de la problématique des relations d'objet, avec les corrélats du narcissisme et de l'angoisse, et d'hypothèses psychopathologiques débouche sur l'interrogation sur ce qui serait une position structurelle de la toxicomanie.

*L'addiction : notion et signifiant : Le mot « addiction » constitue un signifiant intéressant : terme d'origine latine revenu dans l'usage anglo-saxon, il comporte la double idée de contrainte de corps et de dette. L'esclave romain était dit « addicté » en ce sens que, dénué de nom propre autant que de liberté, il était « dit par » le maître, donc le plus strictement « aliéné ». On retiendra qu'être addicté, c'est, à l'origine être « dit par l'autre ». On retrouvera cela littéralement dans l'affiliation du sujet au signifiant inscrit dans la marque de son alcool, de sa drogue ou de son tabac préféré. D'où l'idée

pénale ultérieure, dans le droit médiéval, qu'un débiteur était « contraint par corps » dès lors qu'il ne pouvait s'acquitter de sa dette. La connotation du terme « addiction » est donc plus intéressante que ce qu'il dénote couramment. Le mot touche au corps et au symbolique, ce qui va au-delà de la simple pharmaco-dépendance. Comme si le toxicomane était soumis à un processus régressif d'assujettissement.

*L'opération toxicomaniacale contre l'addiction :

En premier lieu l'objet : l'attitude toxique fait passer au premier plan cet objet toxique dont la fonction se définit de devenir indispensable, tant qu'il remplit une fonction de suppléance et de « préservance ».

En second lieu, le sujet : qui se cache derrière son objet, position subjective du toxicomane

En troisième lieu le rapport à l'autre qu'implique ce montage « sujet-objet ».

Au croisement de ces trois dimensions se trouve la question du lien instauré par le sujet avec le toxique ce qui débouche sur le comportement qu'il implique.

-L'opération toxicomaniacale et ses enjeux inconscients :

*L'objet-drogue, un « brise-souci » (la fonction objet) : La drogue est bien choisie, le drogué lui fait une place dans sa libido. La drogue, le corps étranger s'impose comme une sorte de parasite sédentarisé de la vie libidinale. Le mot drogue désigne la dragée et la « chose sèche » au sens pharmaceutique. Le toxique est ce qui a un effet nocif sur l'organisme, comme poison ou venin. Le modèle en est d'une part « autoérotique » dans la mesure où il s'agit d'un plaisir éminemment solitaire, d'autre part oral, dans la mesure où il est bien ingéré et incorporé. Celui-ci produit une excitation qui, si désagréable soit-elle au premier contact, se fixe comme appétence. Freud rappellera logiquement que le besoin originaire est de nature masturbatoire, soit la répétition compulsive d'une activité corporelle associée à un plaisir qui n'exige pas la présence de l'autre. De fait, le sujet dit addicté semble assimilable à un nourrisson qui ne cesse de se repaître d'un sein. La dérive addictive ne commence pas simplement en cas de dépassement de la limite quantitative de l'usage toléré des toxiques, mais quand, pour un sujet, la drogue devient une solution obligée à un conflit personnel.

*Le sujet toxicomane : la folie d'indépendance (la fonction-sujet) : Le sujet se rend dépendant pour réaliser une forme d'indépendance radicale. La drogue donne son nom au drogué, on peut même dire qu'à l'occasion il se fait un nom de sa drogue préférée, y trouvant une « image de marque ». Il ne consent à cette dépendance que pour garantir son indépendance narcissique.

*De la douleur au toxique : l'intoxication comme désensibilisation (la fonction-corps) : Toute souffrance est seulement sensation, puisqu'elle n'existe que dans la mesure où nous la détectons en conséquence de diverses dispositions dans notre organisme. La méthode la plus grossière mais aussi la plus efficace « d'influencement » de la sensation douloureuse s'appelle l'intoxication. Chez tout toxicomane, il y a lieu de postuler une douleur psychique insupportable dont la drogue est le remède d'où le nom « pharmacon » = médicament-poison. Le résultat en est la domiciliation dans un « monde propre avec de meilleures conditions de sensation » dans lequel le sujet trouve son « refuge ». Il loge désormais dans son « sans-souci » dont il fait son refuge.

*La causalité traumatique : séparation et castration : Ce n'est pas seulement de la douleur et des séparations traumatogènes que le drogué se protège, c'est d'une série de traumatismes (dés) organisateurs dans le rapport à l'autre. Le sujet pris dans le rapport inconscient au désir, doit en effet, au long d'une dialectique où l'œdipe joue un rôle déterminant, reconnaître la loi de la castration, cette limite

symbolique qui fonde le désir. Chez le toxicomane, il apparaît y avoir échec de cette fonction, pour des raisons à déterminer à partir de l'enveloppe formelle du symptôme toxicomane.

*Le jeu avec la mort : du « trompe-castration » à l'auto-destruction : La drogue est une pathologie du sevrage, le sujet dès lors se joue à la répétition d'une jouissance mortifère qui libère la pulsion de mort. Le but du drogué est en effet l'extinction de l'excitation au moyen de la recherche effrénée de l'excitation. Cela ouvre une satisfaction au-delà du principe de plaisir, donc une jouissance qui va bien au-delà du plaisir et côtoie sans cesse la mort, dans un moment de triomphe illusoire sur le manque.

-Le toxique : fonctions inconscientes de l'objet :

*L'objet nommé toxique : spectroscopie du « produit » : Le toxique se présente comme une substance qui comporte une constitution chimique qui lui permet de produire un effet déterminé sur le corps.

*La rencontre traumatique : « l'heure de l'objet » ou la temporalité addictive : Tout se décide la « première fois », le lien addictif se noue à partir de ce premier usage. La première prise toxique s'avère généralement désagréable, en tout cas peu attractive ou même sur un mode quasi traumatique mais embraye sur une répétition, en sorte que le sujet devient inséparable de cet objet. La « première fois » embraye donc, par coupure, sur une série réitérative : cela fait accéder à la temporalité addictive : coupure et répétition. Le toxique vient fournir un centre d'intérêt et une occupation.

*Objet et excitation, objet de l'excitation : L'excitation est un concept physico-physiologique, puis psychique. L'action d'exciter suppose de faire sortir du repos, de stimuler ou d'animer davantage, ainsi que le résultat de cette action, soit l'état dit excité. Au sens physique, c'est tout phénomène qui sort un système de son état de repos pour l'amener à un état d'énergie supérieure, faisant passer le système à l'état excité. Au sens physiologique, il s'agit d'une montée en forme d'activation : l'excitabilité est, avec l'irritabilité, la propriété distinctive du vivant. Au sens psychique, il s'agit de la perception interne d'une tension somatique subjectivée, c'est-à-dire ressentie. La définition freudienne de l'excitation est à la fois une mise en mouvement et une stimulation. Le but de la pulsion est de se débarrasser de l'excitation d'origine. Le mouvement de décharge consiste en effet à évacuer l'excitation. D'où la tendance à éviter l'accumulation. L'index de l'accumulation c'est le déplaisir. Le toxicomane surfe sur les « hauts » et les « bas » de l'excitation. Un remède est la pare-excitation, c'est rendre insensible et même littéralement anorganique l'excitation. Cela dégage le lieu même de l'intoxication, qui se produit dans cette conjoncture : c'est le débordement d'excitations qui crée les conditions du geste vers le toxique, mais celui-ci produit un régime d'excitations spécifiques. Il y a dans le circuit toxique un mouvement de retour vers l'excitation. Le toxique vient redoubler le pare-excitation.

*Toxique, pulsion et « pseudo-pulsion » : l'oralité douloureuse : L'expérience toxique, prise dans l'excitation, se déroule dans l'espace entre pulsion et douleur qui en constituent les deux pôles.

La pulsion, poussée psychique, a pour point de départ l'excitation physiologique, mais trouve sa sédation dans l'objet de satisfaction. L'objet pulsionnel originaire est bien oral.

La douleur, elle, apparaît comme une pseudo-pulsion dans la mesure où elle agit comme une excitation interne que le sujet ne peut fuir, tant qu'elle agit depuis la périphérie, mais, contrairement à la pulsion, elle ne connaît pas de sédation.

*L'objet « prêt à l'usage » : la fonction contra-phobique, fétichique : L'objet va devoir être toujours disponible et prêt à l'usage quand les conditions de l'excitation traumatique seront de nouveau réunies et qu'il faudra se le procurer par tous les moyens. Il y a un effet fétichique dans l'objet-droque. Le

toxique fournit un « tonus », un supplément d'énergie, de même que le fétiche fournit un antidote actif à l'angoisse de castration. Dans sa dimension inconsciente le fétiche remplit une fonction de déni et de reconnaissance du manque de la castration. Selon Freud c'est l'objet choisi pour parer la menace de castration, compromis entre le déni et le retour de ce qui a été vu. Le toxique est plus « pauvre » que le fétiche. Il apparaît davantage du côté de la défense contra-phobique.

*La répétition ou le toxique comme « objet-lien » : l'objet de jouissance : On peut caractériser le toxique comme un objet-lien. Le patient forme un couple avec l'objet qui devient en quelque sorte un partenaire, voir un double. Le drogué est toujours satisfait de son toxique, qui lui offre toujours la même satisfaction. L'accoutumance resserre toujours le lien entre l'homme et le toxique. Le toxicomane fait la paire avec son objet, ils sont à la fois inséparables et étrangers. C'est de ce fait que le toxique cristallise une jouissance sans fin. C'est dans ce point de bascule de la douleur et de l'angoisse à la jouissance que culmine la fonction d'objet toxique.

-L'effet toxique : le sujet intoxiqué

*La fonction auto-érotique : la masturbation « addiction originaire » : Quel est le gain subjectif basique de l'opération toxique ? Qui dit addiction quel qu'en soit l'objet dit masturbation (addiction originaire). Les objets ne sont à la limite qu'un prétexte à mettre en acte la gratification autoérotique. Les drogues sont un produit de remplacement de cette activité corporelle auto-centrée. Dans la jouissance toxicomaniaque, on peut déceler ce noyau autoérotique. Elle en gardera ce caractère de plaisir coupable et inavouable. On comprend que l'adolescence, moment déterminant de recrudescence de l'activité masturbatoire dans la renégociation pubertaire avec le choix de l'objet émergent, est aussi une période éminente de tentative addictive (de la drogue aux consoles de jeu). Cette passion renvoie souterrainement à la relation à la mère, au seuil de la puberté, et solidairement à la mise à l'épreuve de la loi paternelle.

*Fonction narcissique et corps intoxiqué : du « moi-corps » au « sentiment océanique » : L'opération du pharmacon implique le narcissisme au titre de « se refaire le corps ». Le toxique sert à redessiner en quelque sorte les contours du corps propre. Le moi subit dans l'intoxication une modification qui lui permettrait de renouer avec ce sentiment de fusion originaire. Le toxique crée une modification des sensations corporelles (comme l'état d'ébriété), le but est de se déconnecter le moi du corps, de sorte que le sujet s'oublie, tout en redonnant du poids au moi. C'est donc jouer avec les limites du moi-corps, en une sorte d'élasticité.

*Toxicomanie et manie des toxiques : le moment maniaque du sujet : En passant de toxicomanie à addiction, le mot de manie disparaît. Le toxicomane triomphe imaginativement de la douleur, de la cruauté de la vie à celle de la castration. La manie est caractérisée par cinq traits :

-Le maniaque apparaît comme célébrant, par sa joie qui va jusqu'à la jubilation, un triomphe. La manie atteste une humeur élevée. Le sujet devient impropre à la douleur psychique et physique, jouissant d'un état de bien être élevé ; on retrouve dans la toxicomanie ce trait d'anesthésie triomphante.

-La manie se caractérise par une ouverture maximale à toutes les potentialités du monde, le moi lui-même devenant le monde, c'est aussi la fonction euphorisante que garantit le toxique.

-La manie montre une expansivité affective qui semble faire tomber toutes les barrières et faire sauter les verrous entre les êtres, c'est le caractère d'effusion qui donne à l'alcoolique l'impression d'une communication immédiate avec l'autre.

-La manie se distingue par la disponibilité à toutes sortes d'actions, ce qui donne sa vraie portée au terme hyperactivité. On trouve là la fonction majeure de désinhibition qu'apporte le toxique, ouvrant un sentiment de toute-puissance.

-La manie se marque par une exaltation du sentiment de soi, tel est en effet le bénéfice des paradis artificiels qui fait gonfler le moi idéal.

La toxicomanie est bien en un sens un état maniaque caractérisé. La manie est un semblant d'intoxication et la toxicomanie un semblant de manie.

*L'indépendance toxique : le triomphe sur l'objet : Que veut le toxicomane ? Acquérir une liberté absolue sur l'objet, il veut triompher de l'objet à entendre comme objet libidinal. La drogue est le « pseudo objet », l'objet factice utile, voire indispensable destiné à accomplir la liquidation de l'objet libidinal. L'objet toxique est le moyen de se débarrasser de l'objet libidinal, et d'accomplir une liquidation de l'objet perdu et de la castration.

-La fonction de l'autre dans l'intoxication :

*La détresse ou la raison de la drogue : Dans l'acte toxique on retrouve un état de détresse, le sujet expérimente une solitude qui constitue un appel. Le toxicomane se vient à l'aide au moyen de son pharmacon.

*Le langage du besoin : l'appétence toxique : Le sujet addict est astreint, pour acter sa détresse, à la contrainte d'un besoin particulièrement impérieux. De la drogue, il ne peut se passer, il en a un pressant besoin. Le sujet addicté constitue l'objet toxique en objet absolu de besoin. Le besoin expose à la privation, la demande à la frustration et le désir à la castration.

*Demande et figure maternelle dans la toxicomanie : du refus à l'avidité : C'est la mère qui installe de la demande dans l'enfant. Dans le cas du toxicomane, la demande serait en quelque sorte retournée, par réversion, sur les voies du besoin. Le besoin écrase la demande et l'acte d'intoxication vient à la place d'un signifiant.

*Le désir en sursis : « l'angoisse gelée » : L'angoisse, vecteur du rapport à l'autre, qui se développe de la détresse/séparation à l'angoisse sociale, passe par l'angoisse de perte d'amour et de castration. Le toxique vient interrompre la formation de l'angoisse. L'angoisse est contournée et suspendue, comme « gelée » le temps de l'intoxication.

-Psychopathologie et addiction :

*Addiction et perversion : la transgression toxique : On pourrait supposer d'une affinité entre conduite toxique et structure perverse. La perversion tend à assumer une maîtrise sur la jouissance par déni de la castration. On pourrait comprendre que l'objet toxique a vocation à s'insérer dans un montage pervers.

*Addiction et névrose : l'allègement toxique : Le besoin d'ivresse est corrélé à la nervosité commune, c'est-à-dire à l'état générique d'insatisfaction. Dans la névrose, le refoulement est le mécanisme de défense axiale, le toxique intervient dans un contexte où le symptôme princeps est un compromis entre pulsion et refoulement, le sujet se situant dans une dialectique de désir et de culpabilité. L'opération toxique permet d'alléger le surmoi.

*Toxique, fantasme et réalité : On peut parler dans le moment toxique d'une défaillance du fantasme. L'autoérotisme qui soutient l'activité fantasmatique se trouve là directement impliqué, le toxique

produisant des effets directs, avec des bribes de fantasmes. Le fantasme soutient la réalité tandis que le monde toxique cherche une distraction radicale par rapport à la réalité.

*Symptôme toxique et structure inconsciente : sujet limite ou suppléance ? La conduite addictive renvoie à des positions de structure inconsciente diverses et hétérogènes. Des tentatives ont été faites pour rapprocher la position addictive de la position borderline (état intermédiaire entre névrose et psychose).

*La sortie du symptôme toxique : la sur-suppléance : Le toxique est le pharmakon, qui est une auto-médication. Le toxique met en suspens le symptôme, la structure. C'est donc le lâchage de cette suppléance toxique qui ouvre la voie de la rémission, voire de la guérison.

-Symptôme toxique et univers toxicomane :

*Le toxique, symptôme social : enjeux collectifs de la toxicomanie : Le toxique est l'un des symptômes les plus voyants du malaise structural de la culture. La toxicomanie présente la forme élémentaire de dissidence. Le toxique, index de déliaison collective, renvoie au côté inavouable de la communauté (celui de la jouissance). Mais sur l'autre versant, le toxique pousse à la création d'une forme de lien social.

-Conclusions :

*Le manque indialectisable : du divorce phallique au mariage toxique : Le recours au toxique est une façon de faire l'impasse sur le manque structurant du désir. L'usage de drogue est une fuite de l'ordre phallique.

*L'élution toxicomane : jouissance et pulsion de mort : La prise de toxique est en quelque sorte un suicide à petit feu (l'overdose pouvant accélérer le processus). L'opération de la jouissance toxique se situe dans cet au-delà du principe de plaisir, espace d'activité de pulsion de mort, d'où procède la plus-value de la jouissance.

-Une pathologie du lien : (9)

On définit le lien comme « ce qui relie l'intrapsychique à l'interpersonnel ». Le lien est ce qui unit, dans une même communion psychique, les participants d'un groupe, les membres d'une famille, les individus dans une foule. Le lien est totalitaire. L'objet élu comble le sujet mais au prix de l'asservir. Le lien implique une fixation et une perversion de l'objet du désir. Par nature fuyant, diversifié, toujours manqué, l'objet du désir est, dans l'addiction, élu une fois pour toutes, fixe, unique, indispensable. Le désir ne consiste plus à satisfaire des objets multiples et variés mais s'attache à un objet unique de manière répétitive et contraignante, ce qui est plus proche du besoin d'oxygène que du désir d'amour ou de connaissance.

Ce totalitarisme implique la dépendance. Là encore, il s'agit d'une dépendance déviée, pervertie. La dépendance, en effet, est structurale chez l'individu. Personne ne s'est engendré soi-même. Un sujet ne peut se reconnaître que dans et par l'autre. L'accession au langage, qui est le signe le plus évident du passage de la nature à la culture, se fait cependant au prix d'une aliénation, celle qui se fait aux dépens de la parole de l'autre. Chacun est façonné par les discours, les rites, les codes, les croyances, transmis par la mère d'abord, la société ensuite. La dépendance aux gènes se double d'une dépendance à la culture et à l'histoire familiale.

Le lien entretient des rapports étroits avec le narcissisme. Ce qui bride l'aspiration de l'individu à la liberté, c'est en effet, non sans paradoxe, le narcissisme, ou plutôt sa viciation pathologique. Pour que le narcissisme soit perturbé au point de se dévoyer dans l'addiction, il faut que se soit produit un échec des relations maternelles précoces : Winnicott évoque ce qu'il appelle « un ratage fétichique », qui se traduit pour l'enfant par le choix d'un objet intermédiaire, chargé de compenser l'absence de la mère. La persistance à l'âge adulte de cet objet intermédiaire devient fétiche ou objet d'addiction.

Dans la pathologie du lien, un dernier concept freudien est à l'œuvre : celui de « compulsion de répétition ». Selon Laplanche et Pontalis, la compulsion de répétition est « un processus incoercible d'origine inconsciente par lequel le sujet se place dans des situations pénibles, répétant des expériences anciennes sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vive qu'il s'agit de quelque chose de pleinement motivé dans l'actuel ».

Pourquoi répéter indéfiniment une situation si elle est pénible ? On voit émerger l'élaboration « d'une pulsion de mort ». On peut déduire que toute conduite d'addiction est toujours plus ou moins une conduite suicidaire.

V) Plaisirs, sensations, émotions, passions et neurobiologie des addictions :

1) Le plaisir : (10)

Une définition du plaisir : c'est une sensation ou une émotion agréable, source de bien-être et de contentement. C'est en opposition à la souffrance ou à la douleur. Le plaisir est fréquemment associé à la satisfaction d'un désir ou d'un besoin.

Il existe différents types de plaisir :

Le plaisir des sens est le plus commun des plaisirs naturels (c'est le plaisir viscéral), ce dernier accompagne la satisfaction d'un besoin physique, le plaisir moral ou social est de nature différente. Le plaisir esthétique et intellectuel est associé plus étroitement à l'activité cérébrale.

L'alliesthésie ou l'influence de l'état du corps sur les sensations de plaisir : Une modification interne de l'organisme se répercute sur les sensations de plaisir. Selon l'état interne d'un sujet, une même situation pourra provoquer un sentiment agréable ou désagréable. Ce processus est décrit sous le nom d'alliesthésie.

La motivation peut être assimilée à la force interne qui pousse un individu à agir. Elle est suscitée par des facteurs endogènes et exogènes. Les premiers sont en relation étroite avec les besoins internes de l'organisme. Les seconds se rapportent aux stimulations externes et représentent l'influence de l'environnement sur la conduite d'un sujet.

Selon le modèle de réduction de tension, la naissance d'un déséquilibre biologique dans l'organisme se manifeste par un état de besoin. Une fois le besoin réalisé, il y a une sensation de plaisir ayant valeur de récompense.

Pour avoir les qualités de récompense, il faut avoir :

- une capacité à induire un sentiment subjectif de plaisir
- une faculté à susciter le désir et la recherche de tels stimuli
- un impact positif sur l'apprentissage (le renforcement)

Ces processus homéostatiques concourent à la survie de l'organisme en préservant la constance de son milieu interne. Les mouvements suivis de plaisir sont sélectivement renforcés, alors que ceux qui s'accompagnent de déplaisir sont progressivement délaissés et disparaissent. Ce lien répond à un but : l'adaptation de l'espèce.

Freud avait défini les sensations de douleur et de plaisir, le déplaisir traduit une augmentation de tension, alors que le plaisir correspond à sa diminution. On a une décharge lors de la diminution de tension, décharge des quantités d'excitation, ce qui correspond au plaisir.

2) Sensations, émotions, passions et addictions : (11)

On peut considérer les addictions comme une exacerbation des passions, un état où la souffrance liée à l'objet de la passion dépasse le plaisir qu'il procure. Les addictions traduisent la perte du contrôle des mécanismes naturels comme la recherche du plaisir, d'évitement de la souffrance et la bonne gestion des émotions. Les différentes drogues viennent se greffer sur les voies du plaisir et de la gestion des émotions. Agissant comme de véritables « leurres pharmacologiques », elles viennent prendre la place des neuromédiateurs naturels de ces sensations et émotions.

-Plaisir et souffrance :

Les plaisirs et leurs modulations : Toutes les activités nécessaires à la survie ou susceptibles d'apporter des bénéfices biologiques sont naturellement récompensées. Il en est ainsi du sexe, de la nourriture, de la reproduction. Mais on sait aussi désormais que les drogues addictives sont capables d'agir directement sur ces voies de la récompense.

Les plaisirs naturels :

Des plaisirs multiples : L'être humain a des multiples sources de plaisir. La dernière source de plaisir, la plus complexe, concerne les relations affectives, amoureuses ou les liens avec la progéniture, ainsi que la valorisation ou la reconnaissance sociale.

La sinusoïde manque-désir-plaisir-apaisement : L'être humain est plongé dans le manque dès les premiers jours de la vie. Le chemin désir-plaisir-manque lui devient vite familier. Au commencement était le besoin, puisque tout commence avec l'émergence des besoins vitaux. Leur satisfaction est si agréable que, très vite, l'envie se teinte de désir, désir ensuite couronné de plaisir, plaisir inévitablement suivi de manque.

Les circuits neuronaux de la douleur et du plaisir sont en interaction permanente, l'un prenant la relève de l'autre. Tous nos plaisirs naturels se dérouleront selon ce cycle. L'intensité du plaisir dépend de l'intensité du désir « de l'appétit » ; et l'appétit décroît après une satisfaction de la consommation avec une période réfractaire d'une certaine durée pendant laquelle le désir est apaisé et où l'objet de plaisir peut même, à la limite, induire de l'aversion ou du dégoût.

Les plaisirs artificiels : Les drogues agissent en induisant une sensation de plaisir. Mais la différence fondamentale entre les drogues et les plaisirs naturels est liée au fait que cette période réfractaire n'apparaît pas avec les drogues qui peuvent répéter le plaisir à chaque prise et maintenir indéfiniment la tension du désir ; l'apaisement, la satiété n'apparaissent pas.

Neurophysiologie : Dopamine et systèmes dopaminergiques :

La dopamine : Tous les plaisirs procèdent du même principe, à savoir la hausse du débit d'une substance « stupéfiante » qui inonde le cerveau : la dopamine. La dopamine, c'est l'envie d'agir, de

créer, d'aimer, de faire l'amour, de découvrir, d'en savoir plus, d'aller plus loin. C'est tout le désir qu'on a de le faire et tout le plaisir qu'on éprouve à le faire. C'est la clé de notre plaisir comme notre désir, notre élan vital. Toutes les substances susceptibles d'induire une dépendance augmentent la dopamine dans le noyau accumbens. Toutes les récompenses naturelles, susceptibles d'apporter du plaisir, augmentent la dopamine dans le noyau accumbens. Cette stimulation dopaminergique concerne toutes les synapses dopaminergiques des voies du plaisir et de la récompense. C'est-à-dire que le fonctionnement de la synapse dopaminergique décrit dans le noyau accumbens s'applique aux synapses dopaminergiques de l'hippocampe, de l'amygdale, du cortex cingulaire et orbitofrontal et du cortex préfrontal.

La synapse dopaminergique : la sécrétion de dopamine code la valeur du plaisir : Les neurones dopaminergiques permettent de mesurer à chaque niveau fonctionnel la valeur d'un objet ou d'une récompense. L'étude des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale qui se projettent dans le noyau accumbens a montré que ces neurones ont deux formes d'activité, tonique et phasique, c'est-à-dire que la dopamine a deux formes de libération, tonique (constante et permanente comme le tonus musculaire) et phasique (en pics aigus). La valeur des objets est codée, c'est ce que l'on appelle le codage des récompenses.

Le désir augmente le plaisir : Quand arrive un objet potentiellement intéressant, la décharge dopaminergique se met en route : l'attente du plaisir est déjà du plaisir. Différer le plaisir est biologiquement excellent, puisque l'anticipation du plaisir augmente le débit de dopamine dans le noyau accumbens. Attendre multiplie l'intensité des émotions, des sentiments, comme des sensations. En résumé on peut définir trois états d'activité des neurones dopaminergiques :

-désir/plaisir : les neurones s'activent : « j'attends, j'ai, de bonnes choses »

-déception/manque : les neurones ont une chute d'activité : « les choses sont moins bonnes que, je n'ai pas ce que j'attendais »

-routine : l'activité des neurones ne bouge pas : « les choses sont telles que je les attendais »

Les modulateurs naturels du débit de dopamine : De nombreuses situations comme la prise de nourriture, l'exercice physique,... Stimulent la sécrétion de dopamine en stimulant émetteurs/récepteurs et rendent euphoriques ou détendus. Les voies dopaminergiques constituent une véritable voie finale commune du plaisir, de l'intérêt et de la motivation. De subtils mécanismes viennent moduler ce débit de dopamine. Cette modulation s'effectue par toute une série de récepteurs situés à la surface des neurones dopaminergiques et dont chacun a une fonction spécifique. Ainsi, les plaisirs de l'alimentation stimulent les récepteurs cannabiniérgiques, les plaisirs sexuels stimulent les récepteurs opioïdériques, les relations affectives et amoureuses sont médiées par des récepteurs opioïdériques et par le système corticotrope.

Le cerveau est ainsi programmé pour le plaisir. Mais il est aussi programmé, avec ces modulateurs physiologiques, pour retourner à un état plus neutre à la fin du plaisir ou si le plaisir vient à manquer, sans ressentir pour autant de manque intolérable.

La sécrétion de dopamine est également puissamment modulée par les récepteurs corticotropes, ce qui permet d'emblée de comprendre comment les situations de stress et les situations affectives interviendront dans la modulation de notre bien-être puisque les unes et les autres sont de puissants stimulants de l'axe corticotrope et donc de la sécrétion des corticoïdes et du CRF.

Les modulateurs artificiels : les substances psychoactives ou « drogues » : Le mode d'action des différents produits addictifs a des particularités propres à chaque substance, mais ils ont tous en commun d'augmenter le débit de dopamine dans notre système de récompense et de plaisir, le système dopaminergique mésocorticolimbique. Les drogues agissent comme des « leurres pharmacologiques » venant prendre la place de nos modulateurs naturels et endogènes, car elles ont une plus grande affinité pour les récepteurs que nos modulateurs naturels. On peut ainsi considérer que plus la drogue est dopamino-stimulante, plus elle induit de dépendance.

Les mécanismes d'entrée dans l'addiction :

Les circuits de la récompense et de la punition sont interconnectés et fonctionnent de façon complémentaire : le circuit de la récompense (plaisir/approche) et celui de la douleur/éviter interagissent finement comme deux plateaux d'une balance programmée pour organiser, sans dommage ni souffrance, un retour à l'état normal : l'homéostasie.

L'entrée dans les addictions comportementales : Les voies dopaminergiques sont interfacées avec les voies opioïdes et les voies corticotropes. Les sécrétions opioïdiques augmentent l'activité du noyau accumbens et diminuent l'activité de l'axe corticotrope.

Chez certains sujets, le besoin de sensations (recherche de stimulations, de sensations) ou la nécessité d'éviter l'ennui, ou d'apaiser la souffrance et l'anxiété les amènent, progressivement, à recourir à un mode de satisfaction qui devient prévalent, puis envahissant : il peut s'agir de nourriture, du sexe, du sport, du jeu, des achats ou d'une relation. On peut considérer qu'il y a une addiction à un comportement lorsque ce comportement est devenu un besoin, la façon préférentielle, voire unique d'obtenir un plaisir ou d'éviter une tension, surtout lorsque les conséquences négatives l'emportent sur le plaisir apporté.

L'entrée dans les addictions aux produits : Les drogues artificielles agissent directement sur l'aire tegmentale ventrale, sur le noyau accumbens et sur l'ensemble des voies dopaminergiques. Ces substances hautement récompensantes entraînent de très hautes concentrations de dopamine. L'élévation du débit de dopamine est brutale, soudaine et envahissante. La drogue envoie ses informations pendant de longues minutes, avec une phase de plaisir qui dure plus d'une heure. Le corps non programmé pour faire face à cela, se défend en diminuant le nombre de récepteurs, de façon à limiter les effets de cette surstimulation. Mais quand le produit vient faire défaut, le nombre de récepteurs capteurs de dopamine devient insuffisant et ne permet plus de produire assez de dopamine : le patient est en manque. Les drogues addictives construisent immédiatement un haut niveau d'appétence, jamais totalement satisfait ou alors pour une durée très brève après la consommation. Cette situation de frustration induit un cercle vicieux qui amène progressivement le consommateur à n'avoir plus qu'un seul et unique but motivationnel et une unique façon d'éviter la souffrance.

La dépendance : Cet état de besoin s'installe plus ou moins rapidement, selon le degré addictif de la drogue. Les seuils de perception changent pour le patient, et l'état normal lui apparaît être celui où il se trouve sous l'effet du produit. On appelle allostasie l'apparition de cette nouvelle norme qui se manifeste physiologiquement par la tolérance, l'adaptation à des doses importantes et des signes de sevrage quand le produit manque. C'est ce qui définit la dépendance.

Les circuits du plaisir, des émotions et des motivations :

Les voies dopaminergiques :

Les différentes fonctions de la dopamine selon ses niveaux d'action :

-La dopamine code la valeur du plaisir aux trois niveaux d'évolution du cortex :

Le rôle général de la dopamine est d'organiser les comportements, et plus précisément les comportements qui ont un but, un sens, c'est-à-dire les comportements susceptibles de nous apporter des satisfactions, du plaisir. La dopamine contrôle tous les mécanismes permettant d'aboutir au plaisir. Ce sont les signaux dopaminergiques venant de l'aire tegmentale ventrale qui permettent le couplage entre les états internes, notamment les besoins, et le flux des informations venant de l'environnement. Au niveau de l'archéocortex (striatum ventral et noyau accumbens), elle code la sensation en plus ou moins bonne ou mauvaise : ce sont les sensations. Au niveau du paléocortex (lobe limbique, cingulum antérieur), elle code la valeur de l'émotion ressentie en plus ou moins positive ou négative : ce sont les émotions. Au niveau du néocortex (cortex orbitofrontal et préfrontal), elle organise la programmation de l'action en fonction du vécu interne (importance du besoin, valeur de l'émotion) et des éléments du contexte : ce sont les actions et les sentiments. Parallèlement, la dopamine a permis la mise en mémoire, au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe, de l'expérience de plaisir ou de déplaisir.

-La dopamine attribue une valeur : la saillance :

Le couplage repose sur la notion de valeur (en anglais salience, la saillance) : la valeur que l'on attribue, ou plutôt que l'on a appris à attribuer, aux choses, aux situations, aux personnes. Quand un stimulus présent dans l'environnement est porteur d'une valeur supérieure à la valeur des événements en cours de traitement, ce stimulus (appelé signal de couplage) est couplé au travail en cours dans les cortex limbique et préfrontal, conduisant à une nouvelle mise à jour des plans en cours d'élaboration ou de traitement. Des décharges phasiques surviennent précisément quand il y a une nécessité de produire le couplage d'un signal qui a une valeur le rendant prioritaire. Quelque chose prend une dimension prioritaire parce que l'on a appris que son utilisation est susceptible d'apporter une satisfaction supérieure à l'objet actuellement en cours de traitement. L'utilisation de ce matériel prioritaire est source de satisfaction.

-La dopamine facilite la mise en mémoire :

Par ailleurs, dans la mesure où la réponse phasique dopaminergique agit comme un signal d'apprentissage, l'utilisation de ce matériel renforce la mémorisation de la satisfaction d'avoir bien répondu. Elle agit là au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe. L'apprentissage de la valeur des choses détermine l'élaboration des désirs, l'organisation des gestes et la réalisation des actes, dopamine et plaisir intervenant de façon indissociable à chaque étape.

-La dopamine organise l'action :

Elle permet de concevoir des plans et d'exécuter des stratégies. Elle permet l'organisation des stratégies du désir. La dopamine intervient aussi dans la décision de mettre en route un acte, sélection des séquences ou schémas moteurs utiles à la réalisation de l'acte et exécution de l'acte qui doit mener à l'obtention du plaisir recherché.

Le circuit mésostriatal : le striatum ventral et le noyau accumbens :

Les régions ventrales du striatum constituent une interface entre le cerveau émotionnel, ou limbique, et le cerveau antérieur préfrontal. Le noyau accumbens est la structure cérébrale la plus impliquée dans les expériences de récompense ou de plaisir. Au niveau du striatum moteur (noyau caudé, putamen et pallidum) l'innervation dopaminergique servira à coupler les informations sur l'analyse des états internes et des décisions venant du cortex préfrontal, à une expression motrice permettant l'organisation de l'acte moteur qui doit apporter la satisfaction.

Le circuit mésolimbique : la mise en mémoire des expériences de plaisir et de déplaisir :

L'hippocampe est le réservoir des mémoires déclaratives et contextuelles, et l'amygdale le réservoir des mémoires émotionnelles. Les circuits de la récompense sont connectés aux circuits de la mémoire. La dopamine favorise la mise en mémoire de ces expériences de plaisir et de déplaisir. Le GABA et le NMDA joueraient un rôle fondamental, qui est mis en évidence par leur action dans la plasticité synaptique, en particulier au niveau de l'hippocampe. Les endorphines paraissent aussi nécessaires pour moduler la mémoire. Les aires limbiques sont connectées aux cortex frontal et préfrontal, permettant ainsi d'intégrer les émotions, la mémoire, les attentes, les motivations et le processus de récompense, en particulier les réponses affectives motivationnelles.

Le cortex cingulaire et le cortex orbitofrontal : l'analyse des émotions :

-La valeur des émotions :

Le cortex cingulaire et le cortex orbitofrontal analysent la valeur d'une émotion, celle-ci se situant sur une échelle allant de la souffrance à l'extase. Mais il faut savoir que les émotions négatives liées au manque et au déplaisir peuvent être teintées de colère, de chagrin ou de peur, selon les personnalités, les modes de réaction et les situations.

-Cortex cingulaire et orbitofrontal et émotions :

Quand apparaît dans l'environnement un événement mobilisateur sur le plan émotionnel, le cerveau affectif et subjectif s'active et envoie des impulsions vers le striatum ventral. Il y a également deux structures qui s'activent en même temps, l'amygdale et le cortex préfrontal médian. Le cortex préfrontal médian avec ses deux parties (cingulaire et orbitaire) participe aux évaluations de la valeur des objets. Le rôle de la dopamine dans ces régions pourrait être celui d'un détecteur des objets ayant une valeur potentielle de plaisir, en même temps que celui du codage émotionnel de ces stimuli.

-Cortex orbitofrontal : évaluation des motivations :

Il a une fonction de cortex social ou moral. Il serait capable d'attribuer une valeur sociale ou morale aux stimuli et d'inhiber les structures limbiques comme l'amygdale. C'est un nœud de connexion avec les zones sous-corticales (comme l'amygdale et le noyau accumbens). Ce cortex orbitofrontal permet d'utiliser les informations associatives pour se projeter dans le futur en analysant la valeur des conséquences attendues selon les décisions prises. Le cortex orbitofrontal a une implication dans l'évaluation émotionnelle.

Le cortex préfrontal dorsolatéral :

-Fonctions du cortex préfrontal dorsolatéral :

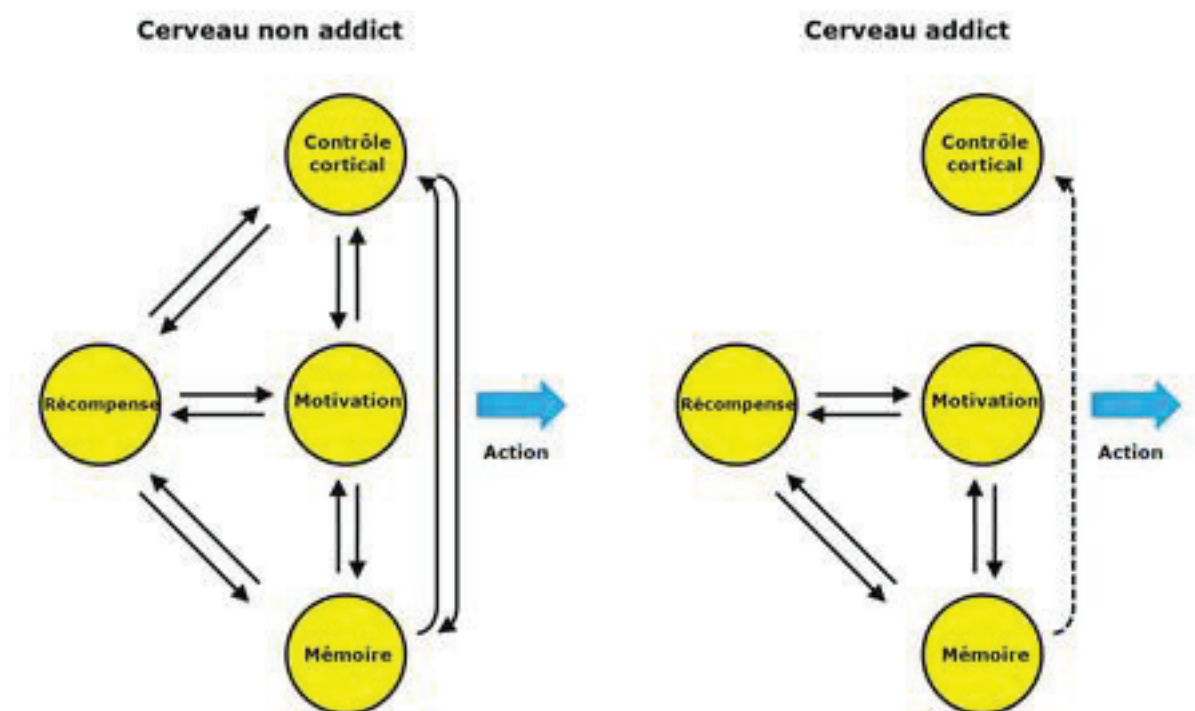
Il constitue le sommet dans la hiérarchie de l'activité cérébrale, autant dire de l'activité psychique. C'est le lieu où l'on situe les opérations cognitives les plus complexes : anticipation, organisation de plans, prises de décision pour les événements importants de l'existence. L'élaboration des pensées et des prises de décision est associée à une forme particulière de mémoire, la mémoire de travail que l'on situe dans le cortex préfrontal dorsolatéral. Les étapes de mémorisation sont sous la dépendance directe de la dopamine.

-Fonctionnement du cerveau addict :

Chez le sujet normal, la décision d'entreprendre une action vers un but désiré tient compte de l'importance de la motivation pour cet objet, fonction de sa valeur de récompense, elle-même liée au souvenir du plaisir qu'il a entraîné précédemment. Mais en fin de compte, c'est le contrôle cortical, préfrontal qui évaluera, en fonction du contexte et du désir anticipé et mémorisé, s'il convient d'agir ou de différer l'action.

Chez le sujet addict, il y a une survalorisation de l'objet du désir : sa valeur « récompensante », le souvenir de celle-ci entraîne une motivation majeure : le simple désir est devenu un besoin. Le contrôle cortical est devenu insuffisant. Le contrôle « raisonnable » n'arrive plus à s'exercer, à contrebalancer ces informations de besoin majeur exigeant une action pour le satisfaire.

Schéma du cerveau non addict et addict :



Localisation des plaisirs naturels et des motivations dans les zones particulières du tronc cérébral, de l'hypothalamus, du thalamus et du cortex médial :

Les principales motivations humaines et sources de plaisir sont la faim, la soif, la peur, le désir sexuel, la dominance, le besoin de sommeil,.....Les zones correspondantes à ces sources de plaisir et motivations sont localisées dans l'aire préoptique, l'hypothalamus médian, dans la substance grise périacqueducule dans le tronc cérébral, dans les noyaux intralaminaires thalamiques, dans le cortex cingulaire antérieur et dans le cortex frontal médian. Les expériences de plaisir stimulent plutôt l'hémisphère gauche antérieur, on a aussi pu montrer qu'une bonne activation de l'hémisphère gauche était corrélée à une meilleure adaptation aux événements stressants. Toutes ces zones finissent par agir sur la voie finale commune dopaminergique, en stimulant et en coordonnant les structures mésolimbiques et mésocorticales, impliquées dans la régulation des émotions, des cognitions et des fonctions végétatives endocrines.

Localisations neurologiques des émotions :

Localisations neurologiques de la joie et de la tristesse :

La tristesse active le cortex ventrolatéral préfrontal et le cingulum antérieur ainsi que le girus temporal supérieur. La joie active le cortex préfrontal dorsolatéral et le cingulum postérieur ; ainsi que le girus temporal inférieur.

Objets d'intérêts :

On retrouve une diminution de l'activité du cortex préfrontal dorsolatéral lorsque les participants retrouvent leurs marques favorites, ainsi qu'une augmentation de l'activité du cingulum postérieur, du girus frontal supérieur droit et du cortex préfrontal ventromédian (lieux de perception des stimuli intéressants).

Circuits de la détresse émotionnelle :

Il y a une implication des circuits corticoréfrontaux striatolimbiques dans la régulation de la détresse émotionnelle chez l'humain.

Sentiment de frustration :

La frustration par privation d'un plaisir ou d'une récompense attendue entraîne une diminution d'activité du noyau accumbens et une augmentation de l'activation des zones connues pour être reliées à la souffrance émotionnelle : l'insula antérieure droite et le cortex préfrontal ventral droit.

Stimulation de regret et d'évitement du regret :

Les situations de regret ou leur anticipation entraînent une activation renforcée du cortex orbitofrontal médial, du cingulum antérieur et de l'hippocampe, qui augmente, avec un effet cumulatif au fur et à mesure de l'expérience.

Localisation neurologique des addictions aux produits :

Données obtenues en imagerie dans la dépendance aux produits :

Les altérations fonctionnelles peuvent concerner le métabolisme cérébral et les modifications des récepteurs et des neurotransmetteurs ; les fonctionnements dopaminergiques, sérotoninergiques et opoïdiques ont été particulièrement étudiés. De façon synthétique, on retrouve dans toutes les dépendances une hyperstimulation de l'aire tegmentale ventrale, du striatum ventral (et en particulier du noyau accumbens), du cingulum antérieur, du cortex orbitofrontal et préfrontal.

Mieux comprendre la symptomatologie des addictions :

Des anomalies se produisent dans tout le circuit du plaisir/souffrance mésocorticolimbique : au niveau du noyau accumbens, au niveau du lobe limbique, et au niveau du cortex préfrontal. La dérégulation des mécanismes dopaminergiques parasite, en effet, la centrale d'analyse et de régulation du bon et du mauvais : le cortex préfrontal.

3) Neurobiologie des addictions : (12)

Rôle de la sensibilisation :

Ni la tolérance, ni la dépendance physique ne sont des composantes essentielles du comportement de recherche chronique de drogue, ce dernier pouvant émerger de nouveau après plusieurs mois ou années d'abstinence au contact d'un stimulus associé à la drogue, face au stress ou à la substance elle-même.

Ce phénomène d'appétence différée ou récidivante présente des analogies évidentes avec la mémoire à long terme et semble être le cœur même de l'addiction.

L'acquisition de la sensibilisation et sa rétention font intervenir des structures anatomiques distinctes.

La tolérance est sans doute un facteur contribuant à l'escalade de la consommation de drogue au cours de l'installation de l'addiction, et la dépendance physique contribue probablement aux symptômes dysphoriques et somatiques responsables des taux élevés de rechute au début du sevrage.

La sensibilisation est peut être la cause du caractère chronique. Et en tant que telle, elle induit une plasticité à long terme et des modifications extrêmement stables dans le cerveau.

Modèles animaux :

Les animaux apprennent à distinguer une drogue parmi d'autres dans le but d'obtenir une récompense. D'autres modèles révèlent de façon plus spécifique le caractère renforçant ou inducteur de récompense d'une drogue.

Le comportement de recherche de drogue comporte deux phases : l'acquisition et la rétention.

L'acquisition est la vitesse à laquelle l'animal apprend à s'autoadministrer la drogue.

La rétention est l'effet renforçant d'une drogue après installation de l'addiction. (Ex : la cocaïne comporte un risque d'addiction plus fort que l'héroïne).

Des études d'autoadministration révèlent que les animaux s'autoadministrent la plupart des drogues responsables d'abus chez l'humain.

Neuroanatomie de la récompense :

-Circuit de la récompense :

La stimulation de la zone septale chez le rat a un effet de renforcement positif.

Les sites les plus sensibles ont été identifiés le long du faisceau du médian du télencéphale, en particulier au niveau de l'hypothalamus latéral et de l'aire tegmentale ventrale.

Le faisceau médian du télencéphale a ainsi été considéré comme l'une des voies terminales fréquemment employées dans le circuit de la récompense, avec pour composants principaux des fibres dopaminergiques se projetant en direction rostrale à partir des neurones de l'aire tegmentale ventrale vers des zones du cerveau antérieur incluant le noyau accumbens, le cortex limbique et l'amygdale.

L'étude considèrerait que son rôle était de convertir les émotions en actions motivées.

Le circuit de la récompense est normalement activé lorsque l'on mange, boit ainsi que pendant l'activité sexuelle.

Les systèmes mésocorticolimbiques sont les médiateurs du plaisir procuré par les drogues addictives ainsi que du déplaisir provoqué par le sevrage.

Une personne dépendante peut vouloir une drogue plus qu'elle ne l'apprécie.



-Structures composant le circuit de récompense :

AIRE TEGMENTALE VENTRALE : (ATV)

L'ATV contient des neurones dopaminergiques qui se projettent via le faisceau médian du télencéphale (FMT) vers le noyau accumbens (Acc), le tubercule olfactif, le cortex frontal, l'amygdale et les régions septales.

La libération somatodentritique de dopamine produit un rétrocontrôle négatif par l'intermédiaire des autorécepteurs dopaminergiques D2, et l'inhibition est fournie par les neurones GABAergiques au sein de l'ATV.

Des afférences du cortex, du tronc cérébral, du thalamus et d'autres régions limbiques exercent un contrôle inhibiteur et excitateur supplémentaire.

NOYAU ACCUMBENS : (Acc)

L'Acc se compose de trois parties : l'écorce, le cœur et le pôle rostral.

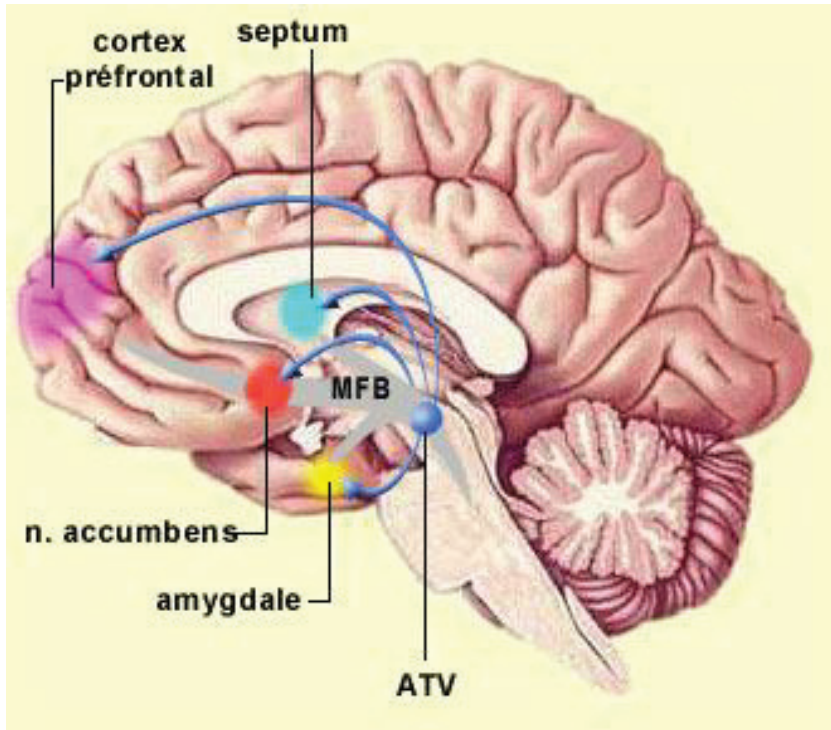
Son autre nom est le striatum ventral.

Dans le domaine de l'addiction la partie la plus importante est l'écorce : l'administration systémique aiguë d'une drogue aux propriétés renforçantes chez l'animal, quelle qu'elle soit, augmente les taux extracellulaires de dopamine dans cette structure.

Une voie de retournement vers l'ATV, formant ainsi une boucle de rétrocontrôle directe ATV-Acc-ATV.

Une seconde voie fait synapse dans le pallidum ventral (PV) qui projette à son tour dans l'ATV, formant cette fois une boucle de rétrocontrôle indirecte ATV-Acc-PV-ATV.

La dopamine envoyée dans l'Acc provient de l'ATV et les drogues addictives ayant des mécanismes d'action différents facilitent la libération de dopamine à partir des neurones de l'ATV projetant dans l'Acc.



CORTEX PREFRONTAL MEDIAL : (mPFC)

Le mPFC reçoit des afférents dopaminergiques issus de l'ATV et envoie des efférents glutamatergiques vers l'ATV, l'Acc et d'autres zones encore.

A l'intérieur du mPFC, le cortex cingulaire antérieur semble jouer un rôle significatif dans le conditionnement pavlovien.

PALLIDUM VENTRAL : (PV)

Le PV reçoit une projection GABAergique inhibitrice majeure de l'Acc et projette en retour vers l'ATV et d'autres zones limbiques, thalamiques et mésencéphaliques comprenant notamment le noyau dorsomédian du thalamus, qui est à son tour lié sur le plan de réciprocité au cortex préfrontal.

En plus de moduler la sortie dopaminergique de l'ATV, le PV transmet également des informations de l'Acc vers les systèmes de neurones impliqués dans la réponse motrice, c'est-à-dire le comportement de recherche de drogue.

Le PV est nécessaire à l'hyperactivité générée par la drogue.

Le système dorsal, principalement lié au cortex moteur et à l'aire motrice supplémentaire, entre en jeu dans la planification motrice, tandis que le système ventral est principalement lié aux aires préfrontale et limbique et entre en jeu dans les émotions et les récompenses.

STRIATUM DORSAL :

Le striatum dorsal est formé du noyau caudé et du putamen. Ils reçoivent des afférences provenant des cortex sensitivomoteur et cérébral associatif.

Le striatum ventral (l'Acc) communique avec le striatum dorsal par l'intermédiaire de relais synaptiques récurrents dans le mésencéphale.

Cette voie est probablement impliquée dans les tous derniers stades de l'addiction.

Le striatum dorsal est considéré comme le centre cérébral de la formation des habitudes.

Une certaine plasticité synaptique du striatum peut s'avérer nécessaire à l'évolution entre usage et addiction à une drogue, l'addiction étant une forme d'habitude ressemblant au trouble obsessionnel compulsif et au syndrome de Gilles de la Tourette.

AMYGDALÉ :

L'amygdale contient trois noyaux principaux :

Le noyau corticomédial reçoit des afférents majoritairement olfactifs et se projette dans les noyaux ventromédians de l'hypothalamus.

Le noyau basolatéral reçoit des informations provenant de tous les modules sensitifs et transmet ces informations au noyau central, qui possède deux projections efférentes principales.

La strie terminale se projette vers l'hypothalamus, le noyau de lit de la strie terminale et l'Acc.

L'amygdale joue un rôle prépondérant dans les processus de récompense et d'apprentissage.

L'expression végétative des états émotionnels est médiée par des connexions entre l'amygdale et l'hypothalamus, tandis que les émotions conscientes sont médiées par des connexions entre le cortex cingulaire et préfrontal.

C'est un substrat anatomique commun pour l'interface « limbique-motrice » ou plus précisément, pour les récompenses aiguës associées aux drogues et pour l'usage compulsif de drogue.

Ces éléments reçoivent de la dopamine en provenance de l'ATV et du glutamate venant du noyau basolatéral de l'amygdale. Ils reçoivent également des afférences de l'hippocampe et envoient des projections importantes vers le PV et l'hypothalamus.

HYPOTHALAMUS :

Les aires préoptiques et basolatérales de l'hypothalamus reçoivent un influx direct en provenance de l'écorce de l'Acc et sont directement interconnectées à l'amygdale, à l'hippocampe et à d'autres structures limbiques.

HIPPOCAMPE :

Indispensable aux fonctions de mémoire déclarative et d'apprentissage, il envoie des projections glutamatergiques directement vers l'Acc, à l'intérieur duquel ce courant excitateur est modulé par un courant présynaptique inhibiteur en provenance des neurones cholinergiques locaux.

Ces projections sont également modulées au sein de l'hippocampe par courant issu des cortex préfrontal et entorhinal, de l'amygdale et du thalamus.

NOYAU TEGMENTAL PEDONCULOPONTIN :

Ce noyau contient des neurones cholinergiques et glutamatergiques. Les projections inhibitrices GABAergiques provenant des ganglions de la base, de l'Acc et du PV font synapse en grande partie avec les cellules non cholinergiques. Ce noyau semble servir d'interface supplémentaire entre les informations limbiques/motivationnelles et les réponses motrices complexes.

CIRCUIT DE LA RECOMPENSE ET MEMOIRE :

3 mécanismes de mémoire dans le renforcement :

-l'apprentissage motivationnel génère des réponses renforçantes ou aversives et dépend de stimulus conditionnants externes ou internes. Cette forme de mémoire est inconsciente (implicite) et requiert l'intervention de l'amygdale.

On pense qu'elle contribue au phénomène d'appétence.

-l'apprentissage par habitude fait appel aux réponses motrices répétitives réalisées en présence de stimuli liés à la drogue. C'est également un apprentissage inconscient, il implique le noyau caudé et le putamen. L'écorce de l'Acc intervient de façon préférentielle dans l'apprentissage motivationnel tandis que le cœur de l'Acc intervient dans l'apprentissage par habitude.

-L'hippocampe joue un rôle déterminant dans le processus conscient de la mémoire déclarative.

Systèmes de neurotransmetteurs et récompense :

-Neurotransmetteurs et neuromodulateurs :

DOPAMINE :

La dopamine touche indirectement les potentiels post-synaptiques de la membrane par l'intermédiaire de la protéine G et des systèmes de seconds messagers.

Les récepteurs dopaminergiques type D2 (comprenant les sous-ensembles D2, D3, et D4) et type D1 (comprenant les sous-ensembles D1 et D5) bien qu'ayant des effets opposés sur les systèmes de seconds messagers, médient chacun des effets renforçants directs indépendamment les uns des autres.

SEROTONINE :

La majorité des 14 sous-types de récepteurs 5HT connus sont métabotropiques, et activent les voies de signalisation liées à la protéine G, mais le récepteur 5HT3 est ionotropique, avec un canal ionique ligand-dépendant.

Les effets de la sérotonine sur le circuit de la récompense sont difficilement observables du fait de la variété de récepteurs 5HT.

La plupart des données disponibles privilégient l'hypothèse d'un effet inhibiteur global de la sérotonine sur la récompense des drogues.

Aucune étude menée à ce jour sur les sous-types de récepteurs 5HT n'a permis de déterminer la spécificité de chaque sous-type dans ces effets inhibiteurs.

GLUTAMATE :

Les récepteurs du glutamate, un acide aminé neurotransmetteur excitateur, sont de trois sous-types principaux. Les récepteurs glutamatergiques ionotropiques, qui activent directement les canaux ioniques, regroupent des récepteurs qui se lient au NMDA et d'autres qui ne s'y lient pas.

Ces derniers sont à leur tour classés en récepteurs se liant avec l'AMPA ou avec le kainate. Les récepteurs à l'AMPA et au kainate régulent un canal perméable aux ions Na^+ et K^+ .

Les récepteurs au NMDA régulent un canal perméable aux ions Na^+ , K^+ et Ca^{2+} .

Ils possèdent en outre des sites de liaison avec la glycine, qui facilite l'activation du récepteur par le glutamate et ouvre le canal, ainsi qu'à la PCP et à la dizocilpine (MK801), qui bloquent le canal de façon non compétitive.

Le troisième type de récepteurs du glutamate est métabotrope et actionne indirectement les canaux ioniques en activant les systèmes de seconds messagers.

Les drogues qui bloquent les récepteurs au NMDA déclenchent le circuit de la récompense.

Le rôle de la neurotransmission glutamatergique dans les processus de tolérance et de sensibilisation est complexe.

L'addiction aux drogues peut être envisagée comme une forme de plasticité dépendant du glutamate.

ACIDE γ -AMINOBUTYRIQUE : (GABA)

Deux sortes : le récepteur GABA-A ionotrope, qui active un canal Cl^- , et le récepteur GABA-B, métabotrope, qui agit par l'intermédiaire des protéines G et des systèmes des seconds messagers, et dont l'effet est, entre autres, l'activation d'un canal K^+ inhibiteur.

L'éthanol, les barbituriques et les benzodiazépines potentialisent les récepteurs GABA-A.

ACETYLCHOLINE :

Il aurait un rôle sur l'obtention d'une récompense (mis en lien avec la nicotine, un agoniste cholinergique).

OPIOIDES :

Les agonistes opioïdes μ et δ activent le circuit de récompense, et augmentent également la récompense générée par les psychostimulants.

Les récepteurs κ ne médient pas la récompense des drogues, et ont plutôt tendance à produire, chez l'humain, une dysphorie.

GLUCOCORTICOIDES :

Le stress peut entraîner le passage d'une consommation de drogue occasionnelle à un usage compulsif.

Les glucocorticoïdes pourraient être des médiateurs de cette réponse comportementale au stress.

-Mécanismes moléculaires :

Lorsque l'administration volontaire d'une drogue conduit à la poursuite de sa consommation, c'est qu'un phénomène de renforcement est survenu.

-Récepteurs et signalisation intracellulaire :

RECEPTEURS DOPAMINERGIQUES, PROTEINES G ET AMPc :

Les récepteurs dopaminergiques type D2, les récepteurs opioïdes μ et δ et les récepteurs cannabinoïdes sont tous couplés aux protéines G du type Gi et Go.

Ces protéines G inhibent la formation d'adénylyl cyclase et d'adénosine monophosphate cyclique (AMPc).

Ainsi, les récepteurs de la classe D2 (ainsi que les récepteurs μ et δ et les récepteurs cannabinoïdes) transmettent le renforcement.

Une élévation aigue de l'AMPc jouerait le rôle d'antagoniste du renforcement des drogues.

DARPP-32 :

Le renforcement des drogues serait lié à une diminution de la phosphorylation de substrats protéiques spécifiques par les protéines kinases à l'AMPc.

Une protéine présente un intérêt tout particulier : la DARPP-32 (dopamine-and cyclic AMP-regulated phosphoprotein-32, phosphoprotéine régulée par la dopamine et l'AMPc), c'est une cible des protéines kinases A liées à l'AMPc.

La DARPP-32 est modulée par les drogues renforçantes.

Elle exercerait un rétrocontrôle négatif de compensation.

CART :

C'est la cocaïne-and amphetamine-regulated transcript. Plusieurs fonctions physiologiques lui sont attribuées : comportement alimentaire, réponse au stress, traitement sensoriel, traitement central autonome et récompense/renforcement.

Il a un rôle de neurotransmetteur ou de neuromodulateur.

-Adaptations, sevrage et sensibilisation :

ADAPTATIONS AUX NEUROTRANSMETTEURS :

L'administration de différentes drogues renforçantes entraîne des modifications adaptatives de l'ATV et de l'Acc.

Dans les premiers temps d'un sevrage, la libération dans l'Acc de dopamine basale et induite par la drogue diminue, un phénomène se reflétant en toute vraisemblance dans la tolérance et la dysphorie provoquée par une abstinence aigue.

Le sevrage aigu est souvent suivi d'une courte période durant laquelle les consommateurs humains dépendants ne recherchent plus les drogues et se trouvent dans un état d'opposition au renforcement.

Cependant plus tard, la libération de dopamine basale remonte à un niveau normal et la libération de dopamine induite par la drogue augmente.

Cette augmentation de la libération de dopamine se reflète par conséquent dans l'augmentation de la réponse locomotrice et les effets renforçants des drogues, c'est-à-dire la sensibilisation, qui est peut-être la base de la prise compulsive de drogue par l'humain lors d'une rechute.

ADAPTATIONS AUX PROTEINES G ET A L'AMPC :

L'administration chronique de drogue produit une hypersensibilité fonctionnelle des récepteurs D1 dans l'Acc ne s'accompagnant d'aucune modification des récepteurs eux-mêmes, mais au contraire associée à une diminution des taux de protéines Gi et Go et à une augmentation des taux d'adénylyl cyclase et de protéines kinases liées à l'AMPC. La régulation à la hausse de l'AMPC entraîne une augmentation des réponses locomotrices aux psychostimulants, en d'autres termes à une sensibilisation comportementale. Cela pourrait contribuer à la tolérance, aux symptômes de sevrage aversifs de même qu'à la sensibilisation.

NB : une exposition préalable à une drogue crée une sensibilisation à d'autres drogues.

CREB et IEG :

L'exposition aux drogues altère l'expression génique, et contribue sans doute aux modifications adaptatives survenant dans le cerveau à court et à long terme.

Ces protéines vont se lier à l'ADN.

ADAPTATIONS STRUCTURELLES :

Les modifications induites par les drogues constituent peut-être le substrat neural d'une sensibilisation à long terme reflétée par les réponses comportementales à ces drogues.

Ces modifications de la structure neurale et de la neurogenèse impliquent peut-être des facteurs neurotrophiques.

PROTEINES G, GRK et TOLERANCE :

La tolérance (c'est-à-dire, la diminution de l'effet d'une drogue après des expositions répétées) a plusieurs natures en fonction de la drogue.

VI) Adolescence et addictions :

1) L'attachement : (13)

L'attachement est un terme du langage habituel, il représente un lien émotionnel durable entre deux personnes. L'attachement est une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes. Dans la théorie de l'attachement, « être attaché » a une seule signification : on se tourne vers cette personne spécifique en cas de détresse pour y trouver un sentiment de sécurité. L'attachement a été mis en évidence et étudié par J. Bowlby chez le jeune enfant dans le lien à sa mère.

On appelle comportements d'attachement les comportements qui sont destinés à permettre la proximité avec le caregiver (celui qui prend soin). Le lien d'attachement entre un bébé et celui qui l'élève reflète uniquement cette recherche de proximité et de sécurité de cette figure spécifique. Il

permet l'établissement d'un lien étroit et constant entre le système immature (le bébé) et le système plus complexe (l'adulte). Dès la naissance, le petit humain a, à sa disposition, un répertoire comportemental inné qui lui permet d'obtenir cette proximité : pleurer, crier. Ces comportements d'attachement ont une issue prévisible qui est d'augmenter la proximité de l'enfant de sa figure d'attachement. Ce qui définit un comportement d'attachement est sa valeur fonctionnelle quant à l'objectif de l'attachement.

En fonction des réponses de l'environnement, on peut observer dès l'âge de 12 mois des variations interindividuelles lorsque l'enfant est exposé à une séparation de sa figure d'attachement et à des retrouvailles avec celle-ci. Cela a permis de différencier plusieurs types de profils d'attachement.

Pattern d'attachement : La description et la répartition des attachements sécures ou insécures est universelle : elle est observée dans toutes les cultures humaines.

-Pattern d'attachement sécure :

Le pattern d'attachement sécure avec la figure d'attachement principale est observé dans 60% de la population générale. L'enfant exprime librement les besoins de son système d'attachement. L'adulte répond aux besoins de protection et de consolation. L'enfant développe un sentiment de sécurité et la recherche en cas de besoin. Il développe un phénomène de base de sécurité. Les enfants confiants dans la disponibilité du caregiver communiquent activement leur détresse et leur recherche de réconfort. L'attachement sécure à 12 mois est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité : confiance en soi, sentiment de compétence personnelle, empathie et compétences sociales. C'est un facteur de protection sur le développement d'une psychopathologie ultérieure.

-Pattern d'attachement insécure :

Quand l'environnement ne répond pas de manière adéquate à l'expression des besoins d'attachement du jeune enfant, mais continue à le protéger et ne suscite pas de peur chez l'enfant, l'enfant développe des stratégies d'adaptation, que l'on appelle stratégies conditionnelles, elles sont une sorte de compromis entre ce dont il a besoin et ce que ces figures d'attachement peuvent lui donner ou peuvent tolérer de ses besoins. Ils sont observés dans 30% des cas en population générale. Les attachements insécures sont un facteur de risque de psychopathologie s'ils sont associés à d'autres facteurs de risque. Deux types d'attachement insécure sont décrits :

-L'attachement évitant : il est observé dans 20% des cas : c'est un ensemble de stratégies attentionnelles, comportementales et émotionnelles de minimisation des besoins d'attachement et de diversion de l'attention.

-L'attachement ambivalent/résistant est observé dans 10% de cas. C'est un ensemble de stratégies comportementales, cognitives et attentionnelles de maximisation des besoins d'attachement, au détriment des capacités d'exploration.

-Attachement désorganisé :

L'attachement désorganisé (10% de la population générale) a été individualisé plus récemment, la figure d'attachement ne protège plus l'enfant, elle abdique son rôle de protection ou elle entraîne chez l'enfant des expériences d'activation du système d'attachement à un niveau extrême, sans aucun apaisement, ou plus encore elle suscite la peur chez l'enfant. L'attachement désorganisé est un facteur de risque en soi, entraînant une gestion du stress problématique, des troubles du comportement et un risque de dissociation à l'adolescence.

Attachement insécure et addictions : (14)

De nombreux patients consultant pour des conduites addictives présentent des troubles de l'attachement (67 % chez des patients alcoolodépendants), notamment des troubles de l'attachement insécure-évitant, insécure-désorganisé et insécure-ambivalent. Ces troubles peuvent être isolés ou s'inscrire dans le cadre de troubles de la personnalité (40 % des sujets alcoolodépendants et 70 % des sujets dépendants aux drogues selon les critères DSM-IV). Les travaux sur les troubles de l'attachement font écho aux études sur les traumatismes, les états de stress post-traumatiques et l'alexithymie chez les patients présentant des addictions. La consommation de substances peut être considérée comme une stratégie adaptative à la réalité externe en soulageant les sentiments de détresse émotionnelle, de souffrance psychique, angoisse, tristesse, colère... En l'absence de sentiments de sécurité interne suffisants, ou en raison de liens d'attachement vécus comme menaçants ou entravant leur autonomie, les patients vont tenter de gérer leurs émotions à l'aide de substances psychoactives, plus faciles à maîtriser, du moins à court terme. Les troubles de l'attachement influencent la relation médecin-malade, en particulier chez les sujets présentant des troubles de personnalité état-limites ; chez qui les troubles de l'attachement insécure-désorganisé sont particulièrement fréquents.

2) L'adolescence une période charnière : (15)

Faire une expérience, chercher à connaître et à comprendre est à l'adolescence une attitude non seulement normale mais même saine et nécessaire. Dans toutes les enquêtes c'est le premier motif donné par les jeunes pour rendre compte d'un début de consommation. C'est à cet âge que se mettent en place les habitudes de consommation du futur adulte et que la question de la « dépendance » se pose au sujet : la problématique de la dépendance est au centre de l'adolescence.

L'usage régulier d'un produit psychotrope est rare avant 15 ans mais se banalise dès 16-17ans. Il existe une diminution de l'âge du premier contact avec le produit ou la drogue (dès 11-12 ans) et la précocité de consommation représente un des facteurs de risque les plus significatifs et les plus puissants en terme de prédiction d'une future consommation abusive ou dépendante. Une consommation régulière à l'adolescence doit être considérée comme une consommation à risque, quel que soit le produit utilisé. La consommation régulière de produits va de pair avec d'autres troubles, et cette liaison est quasi linéaire.

On note différents modes de consommation chez les adolescents :

-La consommation conviviale et récréative :

C'est essentiellement l'effet euphorisant du produit qui est recherché. La consommation se fait entre groupes de copains. Le cursus scolaire est maintenu, ainsi que le reste des activités. Dans ce type de consommation, on ne retrouve pas nécessairement de facteurs de risque familiaux, et les facteurs de risque individuels sont en général absents.

-La consommation auto-thérapeutique :

C'est l'effet anxiolytique du produit qui est recherché. Cette consommation, plus régulière, est souvent solitaire, en particulier le soir dans la chambre, en général des problèmes scolaires arrivent très rapidement. L'adolescent s'éloigne de ses activités habituelles, sa vie sociale est plutôt pauvre avec un isolement relatif.

-Consommation toxicomaniaque :

Dans cette dernière consommation c'est l'effet anesthésiant, de « défonce » qui est recherché. La consommation est à la fois solitaire et en groupe, régulièrement quasi quotidiennement. L'expulsion de la scolarité est quasi constante. Sur le plan social, le jeune est en rupture, en situation marginale. Il est fréquent même habituel de retrouver des facteurs de risque familiaux.

La comorbidité :

A l'adolescence d'autant plus que le sujet est jeune, la consommation de toxiques est rarement isolée. L'apparition d'autres manifestations cliniques traduisent souvent le passage à un mode de consommation auto-thérapeutique ou toxicomaniac. Presque toute la pathologie psychique et comportementale pourrait être décrite. L'engagement dans une consommation addictive témoigne d'un malaise ou d'une souffrance psychique diffuse et d'une tentative de trouver une solution personnelle à cet état, ce qui traduit également une attitude de relative rupture relationnelle : l'adolescent ne trouve pas dans son entourage, en particulier parmi les adultes, des personnes auprès desquelles il pourrait bénéficier du soutien nécessaire.

Pourquoi l'adolescence est-elle une période sensible au développement des comportements de dépendance ?

L'adolescent tente de mettre en place un processus dans lequel il se substitue à une relation affective, vécue comme une menace potentielle pour son autonomie, une relation d'emprise sur un « objet » qui prend une fonction substitutive de cette relation affective intolérable. Toutefois, l'adolescent y retrouve une dépendance qui se nourrit de la non-satisfaction de son véritable besoin addictif en un cercle vicieux d'autorenforcement.

Affirmation de sa liberté et de sa dépendance :

Cette exigence de liberté, d'indépendance revendiquée de façon particulièrement bruyante à cet âge est directement issue du travail d'élaboration psychique de l'adolescence :

-s'approprier un corps qui change, corps désormais pourvu de possibilités nouvelles : c'est découvrir la sexualité, la relation amoureuse, mais cela peut être le risque de perdre son sentiment de continuité, d'autonomie

-s'éloigner des parents afin d'accomplir ses propres conquêtes ; c'est la possibilité de se découvrir et donc aussi la menace de se sentir perdu ou abandonné

-s'inscrire dans la société pour y trouver ses identifications et son statut. S'inscrire au milieu des autres, c'est aussi prendre le risque de liens d'allégeance menaçant l'identité.

L'adolescent oscille entre une appétence objectale et un désir de préservation narcissique.

Besoin de l'autre et préservation de soi :

Dans les relations qu'il établit avec son entourage au moment de l'adolescence, l'individu est toujours tenté d'opérer un déplacement de la personne à la chose. Si l'adolescent ne supporte pas l'attente d'une relation à autrui encore à venir et incertaine, il risque de la transformer en une consommation immédiate de produit.

Relations aux pairs :

La relation aux pairs contient une exigence identificatoire très forte à l'adolescence. Ce lien implique que l'on fasse comme les autres tout en affirmant son originalité. En effet, le groupe de pairs exerce une pression constante sur l'individu pour l'amener à faire comme les membres du groupe.

Place du narcissisme infantile :

L'enfance colore de façon très importante l'adolescence. Quand les identifications primaires et précoces issues de la petite enfance ont donné au narcissisme une assise suffisante, la sécurité primaire ainsi acquise permet à l'adolescent de s'éloigner des objets œdipiens (les parents), sans se sentir menacé ni appauvri. En revanche, quand cette assise a été fragilisée, on comprend qu'il soit plus difficile à l'adolescent de ressentir ce besoin objectal. Cette fragilité sera ressentie comme une souffrance (ou une anxiété) insupportable créée par la perception d'une dépendance aux personnes et par la nécessité de la rompre. L'adolescent risque alors d'attaquer son corps, ou de dénier cette dépendance intolérable au corps en recourant à la dépendance aux produits ou à une conduite, parfois même en utilisant les deux. Les défaillances des relations précoces de la petite enfance et les défaillances dans l'établissement du narcissisme apparaissent comme un facteur essentiel dans le maintien de ces conduites, leur pérennisation et le processus d'escalade.

L'addiction : à la recherche de sensations :

Des lacunes dans les relations précoces débouchent sur un tissu émotionnel défaillant dont les trous, tous les manques ne sauraient être comblés que par des sensations. La pathologie de l'addiction, comme dit plus haut, est une pathologie des sensations. Ces besoins de sensations nécessitent la présence de l'objet et requièrent un agir. Il existe une continuité dans la défaillance, dans les interactions précoces, le défaut de narcissisme, le maintien des sensations, une dépendance à l'objet concret et l'appétence à l'agir.

Approche biologique :

L'adolescence est une période biologique critique, il existe des particularités neuro-développementales à l'adolescence : une activité plus importante du système dopaminergique et une immaturité du système inhibiteur sérotoninergique, qui favorisent l'impulsivité et la recherche de nouvelles sensations. L'effet de certaines drogues sur le système dopaminergique peut induire des changements et favoriser certains circuits à long terme, à la base du comportement addictif. Les hormones sexuelles influenceraient aussi le circuit promotionnel dopaminergique et favoriseraient la recherche de nouvelles sensations.

LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES EN ADDICTOLOGIE

I) Introduction à la notion de comorbidité :

1) Définition de la comorbidité : (16)

La comorbidité est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la « co-occurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique ».

Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), une personne ayant un double diagnostic est « une personne qui a été diagnostiquée comme présentant un abus d'alcool ou de drogue en plus d'un autre diagnostic, habituellement de nature psychiatrique, par exemple un trouble de l'humeur, une schizophrénie ».

Les comorbidités sont donc définies comme la coexistence temporelle non aléatoire de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité, dont l'un d'eux est une problématique addictive.

2) Notion de comorbidité et concept de dual diagnosis : (17)

La présence de comorbidité entre les troubles psychiatriques et les addictions, particulièrement celles liées aux substances psychoactives, est de plus en plus fréquente dans la pratique clinique quotidienne (comorbidité supérieure à 50% dans la plupart des troubles mentaux présentant une évolution chronique). L'augmentation progressive de la prévalence de ces comorbidités au cours des dernières années est devenue un facteur de confusion très important tant sur le plan du diagnostic comme du traitement des troubles psychiatriques difficultant d'autant plus le succès thérapeutique, l'évolution et le pronostic des patients souffrant de ces problématiques.

Dans le dernier tiers du XXème siècle, des groupes de psychologues et psychiatres ont introduit au fil du temps les termes de « double diagnostic », « comorbidité », « coocurrence », « trouble duelle », « pathologie duelle »,.... De nos jours le terme de « pathologie duelle » est en train de gagner progressivement de nouveaux adeptes, du fait qu'il propose que l'apparition de cette comorbidité génère un nouveau type de pathologie qui change radicalement les symptômes du patient, et pas seulement au niveau quantitatif mais, surtout, au niveau qualitatif, avec l'apparition d'une nouvelle interaction dynamique entre les deux troubles qui vont connaître une évolution synergique permanente.

La co-existence simultanée d'un trouble psychiatrique classique et d'un trouble addictif peut, naturellement, être défini comme une « comorbidité », qu'on peut aussi nommer un « double diagnostic ».

D'un point de vue clinique, il est très important de définir précisément les divers types de relation que l'on peut trouver entre ces deux pathologies et qu'on peut résumer en quatre possibilités :

-Les deux troubles ont une étiopathogénie indépendante, de sorte que leur diagnostic, leur traitement et leur évolution peuvent être considérés individuellement, sans avoir besoin d'une approche intégrale.

-La co-occurrence des deux troubles est due à des causes iatrogènes. La suppression des médicaments psychoactifs prescrits par le médecin peut alors résoudre le problème.

-L'apparition de troubles mentaux est due à un effet psychotoxique direct de la drogue. Dans ce cas, sa suppression peut faire disparaître le trouble psychiatrique.

-Les deux troubles présentent une vulnérabilité psychobiologique partagée, développant une interaction synergique qui génère l'apparition d'une nouvelle pathologie avec un tableau clinique propre qui devra alors être abordé dans sa globalité et par des professionnels spécifiquement formés dans la prise en charge de cette pathologie.

-Les troubles mentaux facilitent l'apparition d'addictions et on peut alors appliquer l'hypothèse de l'automédication qui propose que les drogues amélioreraient la symptomatologie psychiatrique.

Dès lors, si les deux entités qui forment la comorbidité sont considérées comme indépendantes, ou sont le produit d'une vulnérabilité iatrogène, il semble plus adapté d'utiliser le terme de « double diagnostic », à savoir une présence simultanée et accidentelle des deux pathologies, qui peuvent dans ce cas être séparées et traitées comme telles. Si, au contraire, on considère que la co-occurrence des deux troubles fait apparaître une nouvelle pathologie cliniquement différente des deux premières, il faudra miser sur une approche intégrative et utiliser le terme de « pathologie duelle ».

Définition de la pathologie duelle :

On considère la pathologie duelle comme la présence comorbide d'un ou de divers troubles psychiatriques et d'une ou de plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amène à une modification des symptômes, une diminution de l'effectivité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution. Le concept de « pathologie duelle » implique que l'approche diagnostique et thérapeutique devra toujours être menée conjointement et globalement pour les deux troubles et que l'évolution et la rémission du patient dépendra de l'amélioration du tableau clinique de l'ensemble. Le concept de « pathologie duelle » implique que la rechute de l'un des deux troubles (psychiatrique ou addictif) provoquera forcément celle de l'autre, ce qui contraint les soignants à adopter des stratégies de prévention dès le début de la prise en charge de la rechute afin d'éviter la réapparition de la comorbidité.

La dénomination « pathologie duelle » vient du nom anglais « dual diagnosis » mais, actuellement est clairement différente, puisque le terme anglais décrit uniquement la présence simultanée des deux troubles, mais sans tenir compte que cette co-occurrence va générer une nouvelle maladie nécessitant des stratégies thérapeutiques différentes de celles utilisées pour traiter l'un ou l'autre des deux troubles séparément. Le terme de « dual diagnosis » peut sembler trompeur et peu adapté puisqu'il ne tient pas compte du fait qu'il faille adopter un traitement intégral et simultané des deux troubles, ni même de l'obligation de faire une prévention de la rechute, lorsque l'un des deux troubles se manifeste. L'utilisation de la dénomination anglophone « dual diagnosis » contribue à perpétuer la mauvaise approche séquentielle de la prise en charge.

Le terme de pathologie duelle est né à Sitges, il y a environ 25 ans, résultat d'une approche scientifique novatrice de prévention et de traitement des addictions, considérées déjà comme des maladies psycho-organiques et qui lançait un appel à la psychiatrie afin de porter ses efforts dans le diagnostic et la prise en charge efficace des patients souffrant de cette pathologie. Cette dénomination s'est d'abord fait en Espagne et au Portugal, puis dans les pays d'Amérique Latine. Depuis quelques années elle a rapidement acquis une grande reconnaissance au niveau international.

Mais au-delà de ces définitions, il est important d'apporter deux précisions, le diagnostic de chaque trouble doit pouvoir être porté indépendamment, et ne pas résulter simplement d'un cluster de symptômes de l'autre trouble (exemple : telle la tristesse de l'humeur commune à la dépression et à l'intoxication alcoolique chronique). Ensuite il faut distinguer le trouble co-occurent des troubles psychiatriques induits par la prise de toxique, en effet le trouble psychiatrique doit être constitué avant l'usage de toxique ou persister quatre semaines après l'arrêt de l'intoxication. (28)

Théories étiologiques : (18)

Les individus avec une pathologie mentale sévère ont un risque élevé d'abus de substances en comparaison à la population générale. On peut définir 4 modèles étiologiques :

-Modèle des facteurs communs : c'est le résultat de la vulnérabilité des deux troubles (par exemple les facteurs génétiques,...) il y a de nombreux facteurs indépendants qui peuvent créer une vulnérabilité commune pour les troubles addictifs et les maladies mentales.

-Modèles des troubles addictifs secondaires : on part du principe que des patients avec des troubles mentaux auront une vulnérabilité à développer des troubles addictifs (exemple de l'automédication).

-Modèles des troubles psychiatriques secondaires : dans cette théorie les troubles addictifs peuvent mener à des troubles psychiatriques (en fonction du type de drogues : hallucinatoire, excitant,...), au contraire certaines drogues peuvent masquer les symptômes d'une maladie psychiatrique

-Modèles bidirectionnels

II) L'alcool : (19)

La consommation d'alcool en France est supérieure à la moyenne européenne (12,7 L d'alcool pur par habitant par an en 2009 pour une moyenne de 12,5 L). Cette consommation a des impacts individuels, familiaux, professionnels, sociaux et sanitaires majeurs.

Le coût de cet usage, estimé pour l'Europe à 155,8 milliards d'euros en 2010, est le plus important pour les maladies du système nerveux central en Europe, loin devant la dépression ou la démence.

Pour la population générale, la surconsommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac et la troisième cause de Disability adjusted life years (DALY) en 2010. Les risques immédiats (coma, conduites à risques, accidents de la route ou domestiques, violences, suicides. . .) et retardés (cancer, maladies du foie, maladies cardiovasculaires, maladies psychiatriques, troubles cognitifs. . .) de cette consommation concernent toutes les tranches de la population. À fort impact individuel, l'alcool est aussi la substance psychoactive qui altère le plus les liens sociaux et familiaux. Il influence par ailleurs fortement le nombre et la durée des hospitalisations pour de nombreuses pathologies somatiques ou psychiatriques, ainsi que l'observance médicamenteuse et la qualité ou l'espérance de vie. Les études montrent également que peu de patients usagers d'alcool accèdent à un soin efficace et que beaucoup y entrent de manière trop tardive.

Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont plus fréquemment affectés par l'usage de substances psychoactives, et a fortiori celui de l'alcool, que la population générale. Ils sont aussi plus vulnérables aux conséquences immédiates et tardives de l'usage de substances psychoactives et à ceux de l'alcool en particulier.

Les doubles diagnostics ou les troubles co-occurents, c'est-à-dire les troubles psychiatriques comorbides de troubles addictifs, impactent fortement la morbidité des troubles psychiatriques, les conduites à risques ou l'espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques.

La co-occurrence d'un trouble psychiatrique et d'un trouble lié à une substance psychoactive chez un même patient est très fréquente. Cette fréquence est globalement évaluée, malgré de fortes variabilités et plusieurs biais selon les études, à 50 % en moyenne. Elle est d'autant plus élevée que les patients sont usagers de drogue ou qu'ils présentent des troubles mentaux pris en charge dans les structures spécialisées. Le risque de trouble co-occurent croît en fonction de la gravité de chaque trouble et chacun d'entre eux impacte négativement le pronostic et la morbidité de l'autre.

La population psychiatrique est ainsi plus fréquemment affectée par les troubles liés aux substances. Elle a par ailleurs un risque relatif de souffrir de pathologies somatiques et de décéder par la mort naturelle supérieure à la population générale. Elle est aussi plus fragilisée que la population générale à ces conduites addictives qui, notamment par leurs conséquences somatiques, participent fortement à ce sur-risque.

L'usage d'alcool dans cette population, quelle que soit la pathologie, est la consommation la plus fréquente avec celle du tabac et du cannabis :

- Près de 40 % des patients présentant un trouble dépressif majeur ont eu un trouble d'usage de l'alcool au cours de leur vie

- Selon l'étude NESARC, 58 % des patients souffrant d'un trouble bipolaire de type I et 39 % souffrant d'un trouble bipolaire de type II ont eu un trouble de l'usage d'alcool au cours de leur vie

- Selon les études ECA et NESARC la fréquence vie entière de l'abus/dépendance à l'alcool chez les patients souffrant de schizophrénie varie entre 33 et 54 %.

La co-occurrence de plusieurs troubles psychiatriques favorise la comorbidité avec un trouble d'usage d'alcool. Il existe aussi une comorbidité très fréquente des troubles de l'usage d'alcool et des autres addictions avec ou sans produits imposant une évaluation conjointe de l'ensemble des autres conduites addictives avec ou sans produit. Plusieurs études suggèrent que le sex-ratio de 3, nettement en faveur d'hommes en population générale en ce qui concerne les troubles de l'usage d'alcool, baisse fortement en cas de troubles psychiatriques associés et notamment en cas de troubles bipolaires et de troubles des conduites alimentaires.

L'alcool, par intoxication aiguë ou par ses effets cognitifs sur la vigilance, le jugement, l'inhibition motrice ou la perception du danger et la prise de risque, intervient dans 60 % des brûlures graves ou noyades, dans 40 % des accidents mortels et des suicides et dans 15-20 % des accidents de la route non mortels ou des accidents domestiques.

Plus spécifiquement, les conduites addictives et l'alcool en particulier sont un facteur à risque majeur chez les patients souffrant de troubles psychiatriques :

- De développement de conduites à risques en termes de sexualité et d'usage à risque de substances psychoactives;

- De passage à l'acte violent et de dangerosité

- De passage à l'acte suicidaire et de suicide.

Les troubles psychiatriques et les troubles de l'usage d'alcool sont fréquemment à l'origine de troubles cognitifs communs notamment de troubles mnésiques, attentionnels et de l'inhibition pouvant favoriser des comportements automatiques et des rechutes alcooliques. Les troubles de l'usage d'alcool aggravent les troubles cognitifs effectifs dans les troubles psychiatriques et influencent les compétences des usagers à comprendre leur pathologie et à devenir un acteur de leur propre soin. Plus de 50 % des usagers souffrant de troubles de l'usage d'alcool présenteraient des troubles de fonctions cognitives pouvant influencer leur prise en charge.

Le double diagnostic n'est pas systématiquement recherché et est souvent négligé ou sous-évalué que ce soit dans les services de psychiatrie ou d'addictologie. Les clivages institutionnels, les positions dogmatiques, le manque de partenariat et l'absence de sensibilisation ou de formation participent fortement à cette difficulté reconnue.

Les troubles liés à l'usage d'alcool sont présents chez 37% des sujets présentant des troubles psychiatriques, mais jusqu'à deux tiers dans les troubles bipolaires avec un odd ratio de 2,7.

La question portant sur la séquence d'apparition des troubles désignant le premier à s'exprimer comme générateur du suivant, ce dernier étant alors vu au titre d'une complication, doit être révisée. Les études longitudinales de cohortes montrent que le plus souvent le trouble de l'humeur précède le trouble de l'usage de l'alcool, jusqu'à 80% des cas. Mais les deux troubles débutent parfois la même année, et dans 27% des cas le trouble de l'usage de l'alcool inaugure la comorbidité. La dépendance aggrave le trouble affectif et s'avère responsable d'une atteinte cognitive et neurodégénérative. (20)

Les conduites addictives peuvent induire la plupart des symptômes psychiatriques, les patients alcoolodépendants avec répercussions organiques et sociales présentent souvent des éléments dépressifs : humeur dépressive, dévalorisation, anhédonie, modification de l'appétit et du poids, troubles du sommeil, troubles cognitifs, gestes suicidaires souvent impulsifs. Il est donc possible de retrouver un tableau dépressif du simple fait de l'intoxication alcoolique chronique. (27)

La dépendance à l'alcool est liée à la dépression et au suicide, toutefois, la prévalence de la dépression varie selon le moment où elle est recherchée. Avant le sevrage, 80% des patients présentent des symptômes dépressifs et 1/3 une dépression majeure caractérisée. Il s'agit des troubles induits qui peuvent être améliorés par le sevrage. Il convient de rester prudent et de surveiller les patients plusieurs semaines après le sevrage, toute persistance d'un trouble dépressif au-delà de deux semaines nécessitant un traitement spécifique.

Le risque suicidaire est 8 fois plus élevé chez les patients alcoolodépendants qu'en population générale, l'abus d'alcool augmente l'impulsivité et la gravité du geste. Au total, l'alcool aggrave le tableau clinique de la dépression et intensifie le risque suicidaire. (28)

Parmi les patients bipolaires, 43,6% présentent un trouble addictif à l'alcool, dont 27,6% de dépendance et 16,1 d'abus, ces données varient en fonction des études, on retrouve également 58% de trouble addictif à l'alcool (dont 40,5% de dépendance et 17,4% d'abus). L'ensemble de ces données montre que les sujets bipolaires sont beaucoup plus à risque de dépendance à des substances que d'abus. Malgré la fréquence de la comorbidité, celle-ci est difficile à dépister, il y a très souvent source d'erreur ou une absence de diagnostic. De nombreuses études ont évalué le retentissement de la comorbidité addictive alcoolique sur l'évolution et sur la prise en charge du trouble bipolaire. On retrouve ainsi chez les bipolaires présentant un alcoolisme comorbide comparativement aux bipolaires non addicts, plus d'antécédents familiaux d'alcoolisme, plus de recherche de nouveauté, d'agressivité, d'impulsivité, un âge de début précoce (20 ans vs 26 ans), plus de manies dysphoriques et d'états

mixtes, plus de cycles rapides. La sévérité des symptômes est plus élevée, de même que le risque suicidaire, les épisodes sont plus longs, avec un plus grand nombre de cycles, et des périodes d'euthymie plus brèves. Les passages à l'acte sont plus fréquents, l'observance thérapeutique est de moins bonne qualité et la réponse thérapeutique plus faible. La comorbidité addictive forme l'un des trois principaux facteurs pronostiques de l'évolution à 15 ans du trouble bipolaire.

Au niveau étiologique, l'une des explications possibles de la comorbidité est que l'addiction serait un symptôme des troubles bipolaires. Une autre hypothèse fait de l'addiction une tentative d'automédication du trouble bipolaire. Une troisième hypothèse considère que l'addiction provoque le trouble bipolaire et enfin la quatrième hypothèse suggère que l'addiction et les troubles bipolaires partagent des facteurs de risques communs. (35)

III) Le cannabis : (21)

La France a connu au cours des années 1990 un accroissement spectaculaire de la diffusion et de la consommation du cannabis, et ce, particulièrement, chez les adolescents. En dix ans, le nombre d'adolescents ayant fumé au moins une fois du cannabis a doublé pour les garçons et triplé pour les filles. L'augmentation de la concentration du delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ -9-THC) dans le cannabis et sa consommation par des adolescents de plus en plus jeunes sont les deux principaux facteurs concourant à l'augmentation du nombre d'usagers devenus abuseurs et dépendants du cannabis.

On estime jusqu'à 50% le taux d'adultes qui ont consommé ou consomment du cannabis sous différentes formes.

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les patients dépendants au cannabis. Les sens de causalité sont multiples :

- Troubles psychiatriques primaires, la consommation de cannabis servant d'automédication
- Troubles psychiatriques secondaires, induits par la consommation de cannabis
- Relations bidirectionnelles, chaque trouble renforçant l'autre, notamment à long terme
- Facteurs favorisants communs à certains troubles psychiatriques et à la dépendance au cannabis, en particulier des troubles de la personnalité.

Les troubles dépressifs sont fréquents chez les sujets dépendants au cannabis. La dépression liée à la consommation de cannabis pourrait être liée au moins en partie aux problèmes scolaires, universitaires, professionnels et légaux liées à la consommation.

Comme l'alcool et d'autres drogues, la consommation de cannabis est associée à une augmentation du risque suicidaire.

Chez les patients souffrant de troubles bipolaires, la fréquence de la dépendance au cannabis est élevée, elle varie entre 38 et 14%. Des scores d'impulsivité élevés sont des facteurs favorisants des troubles liés à la consommation de cannabis chez les patients bipolaires.

Pour les troubles psychotiques, leur augmentation après la consommation de cannabis est influencée par plusieurs facteurs :

-La précocité de la consommation : la consommation avant l'âge de 15 ans pourrait être le principal facteur de risque de survenue de troubles psychotiques après consommation de cannabis.
L'interférence du Δ -9-THC avec le système endocannabinoïde qui joue un rôle important dans la neurogenèse à l'adolescence a été incriminée.

-L'importance de la consommation, effet dose-dépendant

-Le cannabis contenant de faibles taux de cannabidiol, qui a des effets limitants sur ceux du Δ -9-THC, notamment de l'herbe, induit plus d'effets psychotomimétiques.

-L'existence d'une prédisposition à la schizophrénie

-La présence concomitante d'autres facteurs environnementaux : abus sexuels dans l'enfance, isolement social, parents issus de l'immigration,...

Chez les patients schizophrènes, la consommation de cannabis est associée à une survenue précoce d'environ deux ans et demi des troubles schizophréniques par rapport aux patients schizophrènes n'ayant jamais consommé, ce qui va dans le sens de l'hypothèse d'un effet précipitant du cannabis dans la schizophrénie.

Chez les patients schizophrènes, le cannabis aggrave la symptomatologie positive (c'est-à-dire délirante, hallucinatoire et de désorganisation). La consommation de cannabis aggrave l'évolution à long terme : hospitalisations fréquentes, faible observance au traitement, violence, désinsertion sociale. (22)

La fréquence de l'abus et de la dépendance au cannabis en population schizophrénique est de 22 à 42% sur la vie entière, de 12 à 22% dans les six mois précédents. Chez les patients hospitalisés pour une schizophrénie, la fréquence de l'abus et la dépendance au cannabis varient entre 15 et 40% au cours de la vie. (34) Il existe un risque relatif de la consommation de cannabis dans le déclenchement de la maladie schizophrénique qui est de 2,4 avec un effet dose-dépendant. Ce risque est multiplié par quatre lors de la consommation avant 15 ans. (29)

Dans cette population, une exposition chronique prolongée au cannabis est associée à des troubles attentionnels et un déclin cognitif global plus marqué ainsi qu'à une diminution du volume de certaines régions cérébrales riches en récepteurs CB1, notamment les cortex préfrontaux dorsolatéraux et cingulaires. (22)

Le cannabis serait responsable de certaines « rechutes dépressives », qui seraient secondaires à l'arrêt de la substance, le cannabis aurait donc des effets antidépresseurs, voire hypomaniaques. La théorie de l'automédication prend toute sa valeur dans cet exemple. Mais ces données sont très controversées, dans d'autres études, les consommateurs de cannabis sont plus à risque de développer des symptômes dépressifs. (25)

La prévalence des états dépressifs caractérisés chez les utilisateurs et abuseurs varie entre 3 et 14,2%. Le risque augmente avec la sévérité de la consommation. Le risque de survenue d'épisodes dépressifs majeurs est de 1,6 fois plus élevé chez les consommateurs de cannabis, en particulier chez les gros consommateurs. En revanche l'existence de troubles dépressifs ne prédit pas la survenue ultérieure d'abus ou de dépendance au cannabis.

Les patients ayant fait une tentative de suicide abusent plus fréquemment du cannabis (25% pour les moins de 25 ans) que la population générale, et à l'inverse, les tentatives de suicide sont

significativement plus importantes (16,2 % à 31%) dans le groupe des patients abuseurs de cannabis. (29)

Près de 25% des patients souffrant de trouble bipolaire présentent un abus de substance où le cannabis figure avec l'alcool et la cocaïne parmi les substances les plus consommées. 40% des patients bipolaires de type I souffrent d'un abus de substance, en majorité du cannabis. L'usage du cannabis dans le trouble bipolaire est plus retrouvé à un jeune âge et associé au sexe masculin.

L'implication du cannabis dans la genèse du trouble bipolaire a été évoquée. En effet, bon nombre de patients ont un usage de cannabis qui a débuté avant l'apparition de leur symptomatologie thymique, la fréquence des troubles psychiatriques et des troubles de l'humeur en particulier étant très élevée parmi les patients suivis en addictologie et consommateurs de cannabis. 68,6% des patients suivis en addictologie souffrent d'au moins un trouble psychiatrique, en majorité des troubles de l'humeur. L'usage journalier de cannabis augmente de 5 fois le risque de développer des troubles de l'humeur par rapport à la population générale.

De plus, l'usage du cannabis pourrait influencer l'évolution du trouble bipolaire déjà diagnostiqué. L'usage de cannabis serait un facteur influençant l'évolution et l'expression du trouble bipolaire et non une conséquence de ce dernier. (25)

L'association cannabis-troubles dépressifs est classiquement plus retrouvée en population clinique qu'en population générale. L'usage chronique de cannabis peut être à l'origine du syndrome amotivationnel évoquant une véritable dépression. D'ailleurs, pour certains, le syndrome amotivationnel serait un sous-type de dépression touchant une minorité de sujets sévèrement dépendants et particulièrement vulnérables. Il a été démontré que le cannabis pouvait favoriser l'émergence d'idées suicidaires et augmenterait le risque de passage à l'acte auto-agressif. Il a été retrouvé que l'exposition prénatale au cannabis pouvait être à l'origine de symptômes dépressifs chez l'enfant, que le risque de dépression est lié à un âge de début précoce des consommations et à une consommation régulière, élevée ou fréquente, et qu'il existe une relation dose-effet significative sur le plan clinique. (28)

Les troubles anxieux sont probablement les complications les plus fréquemment rapportées : l'attaque de panique ou le « bad trip », le syndrome de dépersonnalisation ; le niveau d'anxiété s'accroît avec la prise de cannabis, contrairement aux idées reçues d'un effet anxiolytique. (29)

III) Le tabac :

La consommation de tabac représente l'abus de substance le plus répandu chez les patients en psychiatrie et une cause majeure de décès et d'invalidité. Elle est fortement associée à une variété de troubles psychiatriques et l'on considère que les patients fument pour réduire les effets des symptômes associés à leur trouble.

L'usage du tabac et de la dépendance au tabac sont plus élevés dans les populations psychiatriques que dans la population générale. Aux Etats-Unis, 22% de la population a un trouble psychiatrique et ce groupe consomme 44,4% de l'ensemble des cigarettes fumées.

Le traitement de la dépendance à la nicotine chez les patients fumeurs et ayant des troubles mentaux est particulièrement négligée (des conseils pour l'arrêt ne sont proposés que dans 38% des visites chez le médecin généraliste et 12% chez le médecin psychiatre), seulement 1% des patients hospitalisés en milieu psychiatrique ont été évalué sur le plan du tabac et le tabagisme n'est jamais inclus dans le plan de traitement.

La prévalence de la dépendance à la nicotine est plus élevée chez les personnes ayant un trouble anxieux que dans la population générale (31,5% pour la phobie sociale, 54,6% pour l'anxiété généralisée). Le tabac peut aussi conduire au développement d'un trouble anxieux, à l'inverse la présence d'un trouble anxieux peut augmenter la probabilité de début du tabagisme, peut augmenter le risque de dépendance. Le fait de fumer apaise également les symptômes de l'anxiété. Il y a des médiateurs neurobiologiques importants entre la comorbidité anxieuse (comme l'état de stress post-traumatique) et la dépendance à la nicotine. L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien est un système qui est impliqué dans la tolérance à la nicotine. Le cortisol est une hormone périphérique qui est produite en réponse à un stress aigu. Des altérations de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien sont associées à des états de stress post-traumatiques ; quelques unes de ces altérations ont également été mises en évidence dans la dépendance au tabac.

Le tabagisme est très élevé dans les populations souffrant de dépression, plus de 30% des patients dépressifs sont des fumeurs et près de 60% des patients avec une histoire de vie dépressive sont des fumeurs ou sont d'anciens fumeurs.

La schizophrénie touche de 1% à 1,5% de la population mondiale, c'est une maladie hétérogène, avec de grandes variations de sa présentation clinique. Environ 70% à 80% des personnes atteintes de schizophrénie consomment du tabac (ces taux varient en fonction des études). Ces taux sont grandement influencés par les consommations d'autres substances psychoactives. 50% des schizophrènes sont des « gros fumeurs ». Au niveau neurobiologique la question est complexe, des études ont retrouvé que la nicotine peut moduler la dopamine, le glutamate, le GABA, la noradrénaline et les voies nerveuses de la sérotonine, tous ces neuromodulateurs sont également impliqués dans la schizophrénie. (23) On peut également noter que la consommation de tabac est une forme d'automédication en particulier dans les symptômes positifs de la schizophrénie, en favorisant la transmission glutamatergique et dopaminergiques au niveau du cortex préfrontal. (34)

Pourquoi les patients qui souffrent d'un trouble mental fument-ils ?

De nombreuses hypothèses ont été émises dont essentiellement celle de l'automédication et de la vulnérabilité commune. L'opinion la plus répandue est que les patients ayant des problèmes de santé mentale fument dans le but de réduire les symptômes associés à leur trouble. Les facteurs associés à l'usage du tabac chez les personnes atteintes d'une affection psychiatrique peuvent être d'ordres biologiques, pharmacologiques, psychologiques, comportementaux et sociaux. (24)

On retrouve un risque augmenté de dépression chez les tabagiques, un risque important d'augmentation de tabac avec la dépression, et l'existence de facteurs génétiques et neurobiologiques communs prédisposant à la fois aux deux troubles. Il a été retrouvé une dépression chez 23,7% des fumeurs actuels de tabac et chez 14,6% des sujets ayant arrêté de fumer. Par ailleurs, 61% des fumeurs demandant une aide au sevrage ont déjà présenté un épisode dépressif au cours de leur vie. L'arrêt du tabac peut augmenter le risque de dépression, surtout chez les patients qui ont déjà des antécédents dépressifs. (28)

IV) La cocaïne :

Depuis les années 1980 aux Etats-Unis, et les années 1990 en France, une augmentation de la consommation de cocaïne en population générale est constatée, le nombre d'européens ayant expérimenté la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie est de 14 millions, le nombre de consommateurs en Europe est estimé à 4 millions et à 400 000 en France. La cocaïne existe sous différentes formes : le chlorhydrate de cocaïne, la pâte de cocaïne, le free base et le crack. Lors des

premières prises de cocaïne les personnes rapportent une sensation de bien-être et d'euphorie, avec élation de l'humeur, stimulation de la vigilance et diminution de la sensation de fatigue.

L'abus et la dépendance à la cocaïne s'accompagnent d'un risque accru de suicide et de tentative de suicide. 86,9% des sujets dépendants à la cocaïne, ayant fait une tentative de suicide, ont un antécédent d'épisode dépressif majeur. La prévalence de la consommation de cocaïne parmi les schizophrènes varie entre 15 et 70%. La cocaïne est la troisième substance la plus consommée parmi les patients bipolaires après l'alcool et le cannabis. La conduite antisociale, la délinquance, l'instabilité, l'agressivité, l'intolérance à la frustration et l'impulsivité sont des facteurs de risque de survenue d'un trouble lié à l'utilisation des drogues. Ces troubles des conduites sont également retrouvés dans le suicide dans lesquels l'utilisation de cocaïne désinhibe les comportements agressifs et conduit à des suicides impulsifs qui seraient évités en cas de non-consommation. La prévalence d'overdose en cocaïne peut être considérée comme un équivalent suicidaire de par son caractère autodestructeur. (26)

Les troubles dépressifs chez les patients ayant un trouble lié à l'usage de cocaïne sont plus élevés qu'en population générale. La prévalence vie entière de la dépression varie entre 25 et 61% chez les patients dépendants à la cocaïne, avec une plus forte prévalence parmi les patients en soins. La dépression aurait tendance à inciter à une plus forte consommation, on a en effet montré que 57% des consommateurs ayant une dépression sévère avaient de fortes consommations, alors que 43% des personnes ayant une dépression plus légère à modérée avaient de faibles consommations. (28)

V) Héroïne et opiacés :

La dépression est classiquement retrouvée chez les patients dépendants aux opiacés, avec une prévalence vie entière variant de 20 à 50%. Les symptômes ou tableaux dépressifs retrouvés chez les patients dépendants aux opiacés peuvent s'améliorer lors de l'arrêt de la consommation et de l'initialisation du traitement de substitution. Il a été rapporté que les traitements substitutifs pouvaient avoir des effets pharmacologiques directs sur la dépression. (28)

Les troubles de l'humeur sont les troubles les plus fréquemment retrouvés chez les sujets présentant une addiction aux opiacés. La prévalence vie entière est d'environ 60% avec une prévalence significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Parmi ces troubles l'épisode dépressif majeur est le plus prévalent (environ 51,5%) et touche également plus souvent les femmes. Les autres troubles de l'humeur sont moins prévalents, on retrouve environ 20,1% d'épisodes maniaques et 18,6% de dysthymie. Un trouble de l'humeur augmenterait par 3 le risque de faire usage des opiacés, inversement le fait de présenter une addiction aux opiacés augmenterait par 5 le risque de présenter un trouble de l'humeur.

La prévalence des troubles anxieux chez les sujets présentant une addiction aux opiacés varie entre 26 et 35% vie entière et de 10 à 16% sur les derniers mois. Les troubles les plus prévalents étaient les troubles phobiques et le trouble anxieux généralisé. Le fait de présenter un trouble anxieux augmente le risque par 2 de faire usage des opiacés, cependant la séquence temporelle entre les troubles anxieux et l'addiction aux opiacés reste discutée dans la littérature. Enfin, l'état de stress post-traumatique est un trouble fréquemment rencontré, la prévalence d'addiction aux opiacés chez les sujets présentant un état de stress post-traumatique est d'environ 33%.

En ce qui concerne les troubles de personnalité, certaines études montrent que presque la moitié des usagers d'opiacés présentaient au moins un trouble de la personnalité. La prévalence du trouble de la personnalité borderline variait entre 19% et 46%, le trouble de la personnalité borderline serait associé à une plus importante consommation d'opiacés. Il augmenterait le risque de suicide.

Un trouble de personnalité antisociale est très fréquemment retrouvée chez près d'un sujet usager d'opiacés sur trois (30%), plus souvent des hommes.

Les troubles de la personnalité seraient associés à une plus grande sévérité de l'addiction et une moins bonne prise en charge. (36)

Chez les patients hospitalisés pour une schizophrénie la dépendance aux opiacés varie entre 5 et 10% au cours de la vie. (34)

VI) Les troubles du comportement alimentaire :

La prévalence des troubles du comportement alimentaire ne cesse d'augmenter dans les sociétés occidentales.

Les troubles anxiodépressifs sont beaucoup plus présents que dans la population générale, plusieurs études ont montré de façon consistante que les troubles anxieux précèdent les troubles du comportement alimentaire, pour d'autres auteurs la dépression et l'anxiété seraient secondaires aux troubles du comportement alimentaire, et ce serait la restriction alimentaire qui en serait à l'origine. Les troubles obsessionnels compulsifs sont des troubles communément associés aux troubles du comportement alimentaire, ce qui peut s'expliquer par une tendance générale aux idées obsédantes qui ne seraient pas uniquement liées aux idées de minceur, et aux actes compulsifs comme les crises de boulimie, mais aussi à d'autres actes compulsifs ou non liés à la nourriture.

L'expérience de Keys a bien montré que la dénutrition pouvait induire certains comportements obsessionnels chez les sujets sains, elle tend à prouver que les troubles obsessionnels compulsifs des troubles des conduites alimentaires pourraient être directement induits par des carences alimentaires.

Les phobies spécifiques sont également tendanciellement surreprésentées chez les anorexiques et notamment chez les anorexiques restrictives. (30)

La prévalence des troubles anxieux est deux à trois fois plus importante chez les sujets souffrant de troubles du comportement alimentaire qu'en population générale. La présence d'au moins un trouble anxieux vie entière varie selon les études de 13 à 75% chez les sujets boulimiques et de 20 à 55% des sujets anorexiques. Les troubles anxieux les plus fréquemment retrouvés chez les boulimiques sont le trouble anxieux généralisé (0 à 55%), et la phobie sociale (3 à 54%) (31)

La fréquence importante des troubles de l'humeur chez les sujets souffrant de troubles du comportement alimentaire a été largement débattue dans la littérature quant à son importance et sa signification, cependant la fréquence de cette comorbidité est variable d'une étude à l'autre. La prévalence vie entière d'au moins un trouble de l'humeur varie dans la littérature de 24,1% à 90% chez les sujets souffrant de boulimie et de 31 à 88,9% chez les patients souffrant d'anorexie mentale.

La prévalence actuelle du trouble dépressif majeur chez les patients souffrant de trouble du comportement alimentaire varie entre 2,2% et 35,3% et elle est significativement supérieure à celle de la population générale. La prévalence vie entière du trouble dépressif majeur est 2 à 4 fois plus élevée chez les anorexiques que dans la population générale. Pour les patients boulimiques la prévalence actuelle est estimée à 41 % chez les patients demandeurs de soins. (32)

Chez les femmes anorexiques, il existe un risque accru (50 fois) de décès par suicide, le suicide étant la deuxième cause de mortalité dans l'anorexie mentale. Les tentatives de suicide surviennent chez 20% des patients anorexiques et 35% des patients boulimiques. (33)

La boulimie est fréquemment associée à la dépendance au cannabis avec des troubles du comportement alimentaire plus sévère, des recours aux laxatifs plus fréquents, plus de suicides, plus d'hospitalisations. (29)

VII) Le jeu pathologique :

Le jeu pathologique est un trouble du contrôle des impulsions caractérisé par l'impossibilité de contrôler un comportement de jeu de hasard et d'argent en dépit des conséquences négatives (sociales, familiales ou juridiques), sa fréquence est estimée entre 0,2 et 2% de la population générale et s'accompagne d'un coût élevé pour la société. (16)

La pratique des jeux de hasard et d'argent remonte à la nuit des temps, de même que ces excès. On entend par là toute forme de jeu impliquant que le joueur engage de l'argent, que la mise est irréversible et que l'issue du jeu dépend totalement ou en partie du hasard. Le jeu pathologique n'a été reconnu dans les classifications internationales qu'à partir du DSM 3, il a longtemps été rattaché aux troubles du contrôle des impulsions, non classés ailleurs. Depuis la dernière version du DSM, elle est rattachée aux addictions comportementales. (37)

La comorbidité la plus fréquemment associée au jeu pathologique est l'utilisation de substances. Parmi les addictions, la dépendance tabagique est la plus fréquemment retrouvée.

Dans les études existantes, il est montré que plus de 50% des joueurs pathologiques présentent une comorbidité élevée avec des troubles de l'humeur (un risque relatif de 4,4 est retrouvé entre jeu pathologique et trouble de l'humeur), on retrouve un risque relatif de 8 avec l'état maniaque et de 3,3 avec le syndrome dépressif majeur. (16)

Dans d'autres études, sur la période de vie entière on retrouve chez deux tiers des sujets ayant une pratique pathologique des jeux de hasard et d'argent des antécédents d'épisode dépressif majeur ou de dysthymie et dans 17% des cas un trouble bipolaire. Ce dernier trouble serait un facteur prédictif de développer une pratique pathologique des jeux d'argent et de hasard. Pour expliquer la proximité nosographique entre les troubles thymiques et jeu pathologique, certains auteurs suggéraient une proximité de localisation des structures cérébrales impliquées dans la régulation de l'humeur et celles qui traitent les processus motivationnels. (37)

Les comorbidités anxieuses débutent le plus souvent avant l'apparition du jeu pathologique et pourraient être des facteurs de risque de développement. On retrouve une fréquence des phobies spécifiques plus élevées (14,6% contre 9,4%) mais pas d'augmentation de fréquence des autres troubles anxieux, dans d'autres études on retrouve chez les joueurs une augmentation de fréquence du trouble anxieux généralisé (26,7% contre 9,2%) et de l'agoraphobie (13,3% contre 2,4%). (16)

Chez certains auteurs, près de 60% des joueurs pathologiques interrogés rapportent des troubles anxieux, il s'agit très fréquemment d'un trouble panique qui précède généralement la survenue du jeu pathologique.

Pour certains auteurs, le jeu pathologique appartient au spectre des troubles obsessionnels compulsifs.

On peut également citer, que 15% des sujets ayant un antécédent sur la vie entière de jeu pathologique avaient aussi un antécédent sur la vie entière de syndrome de stress post-traumatique. Cette comorbidité est associée à des éléments de mauvais pronostic comme un moins bon fonctionnement global, davantage de symptômes dépressifs, anxieux ou d'abus de substance, un risque suicidaire

accru, une précocité de la pratique des jeux de hasard et d'argent et une plus grande sévérité du jeu pathologique. (37)

La personnalité antisociale semble être le trouble de personnalité les plus souvent comorbide du jeu pathologique (24,1% des joueurs contre 2%), le risque relatif entre personnalité antisociale et jeu pathologique était de 6,1, le risque relatif de ce trouble de personnalité chez les joueurs récréatifs est de 2,1. La présence de cette comorbidité serait en outre associée à un jeu plus sévère et des conséquences socioéconomiques plus importantes. (16)

La comorbidité du jeu pathologique avec les troubles psychotiques en particulier la schizophrénie est beaucoup moins documentée, il apparaît pourtant que cette comorbidité n'est pas rare. Les patients « psychiatriques » avaient trois fois plus de problème de jeu que les patients « non psychiatriques », les patients psychotiques avaient une prévalence des problèmes de jeu plus significative que les autres patients. Dans d'autres travaux, les patients souffrants de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs avaient une prévalence liée à la pratique des jeux d'argent et de hasard de 19%.

Le risque suicidaire est fréquemment retrouvé chez les joueurs pathologiques, on retrouve le plus souvent des idées suicidaires. Dans une étude, près de la moitié de l'échantillon rapportait des antécédents d'idées suicidaires et 12% avaient déjà fait une tentative de suicide. Les antécédents d'idées suicidaires sont d'autant plus fréquents ou le risque d'autant plus important que les problèmes de jeu sont sévères. Le risque suicidaire existe particulièrement quand le joueur se sent acculé, écrasé par les pertes financières, ayant parfois commis des actes illégaux, terriblement honteux, ne trouvant pas le courage d'en parler à son entourage. L'impulsivité joue aussi un rôle négatif. (37)

VIII) L'addiction sexuelle :

Il n'existe pas de sexualité normale, ni une seule façon de la pratiquer. Elle est un moteur psychique pour l'individu, mais peut également devenir un frein quand elle envahit tous les domaines de la vie, devenant son unique but, c'est le cas de l'addiction sexuelle. Cette pathologie fait l'objet de nombreuses controverses tant sur le plan nosographique sur thérapeutique.

Les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment retrouvés dans la littérature peuvent être primaires ou secondaires à la pratique sexuelle addictive. L'addiction sexuelle peut précéder la survenue des comorbidités, qui sont alors considérées comme des dommages, il arrive aussi que le comportement sexuel addictif soit une conséquence.

Chez les patients souffrant d'une addiction sexuelle, la prévalence du trouble anxieux est de 46,2% et de 80% pour le trouble thymique. Il y a de nombreuses co-addictions notamment aux substances (29%) ou au jeu (4%), ainsi que des troubles de la personnalité paranoïde (20%), passive-agressive (20%), narcissique (18%) et obsessionnelle (15%). On retrouve des traits d'impulsivité très fréquents, enfin il existe un risque plus important de conduites suicidaires. (38)

TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE (TDAH)

I) Chez l'enfant :

1) Diagnostic des troubles attentionnels et de l'hyperactivité :

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité est le plus fréquent motif de consultation en pédopsychiatrie. (56)

Le TDAH serait lié à un trouble dysfonctionnel neurologique, l'idée d'un déficit attentionnel primordial a été élargie à la notion d'un trouble affectant les fonctions exécutives, rendant mieux compte des difficultés de contrôle de l'impulsivité.

Durant les dernières années les définitions du TDAH ont évolué, comme nous le montre l'évolution du DSM.

-DSM IV : (1994)

A) Présence de (1) ou de (2) :

(1) Six des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités ;
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (non dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes) ;
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ;
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison) ;
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers, crayons, livres, outils) ;
- h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes ;
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

(2) Six des symptômes suivants d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ;

- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ;
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié ;
- d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;
- e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" ;
- f) Parle trop souvent ;

Impulsivité

- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée ;
- h) A souvent du mal à attendre son tour
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

- B) Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.
- C) Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple école, travail, maison).
- D) On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- E) Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours du trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Sous-types cliniques

- Déficit de type mixte ou combiné : les critères A1 et A2 sont satisfaits pour les 6 derniers mois.
- Déficit de type inattention prédominante : le critère A1 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.
- Déficit de type hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est satisfait pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

-DSM 5 :

Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, tel que caractérisé par (1) et/ou (2):

Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a des effets négatifs directs sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une défiance, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les adolescents les plus âgés et les adultes 17 ans et plus, 5 symptômes ou plus sont exigés.

Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).

A souvent du mal à soutenir son attention sur des tâches ou dans des activités de jeux (ex : a du mal à rester concentré durant les cours, les conversations, ou la lecture d'un long texte).

Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : l'esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).

Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le focus et est facilement distrait).

A souvent du mal à organiser ses travaux et ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver son matériel et ses effets personnels en ordre ; travail en désordre et désorganisé ; a une mauvaise gestion du temps ; ne parvient pas à respecter les délais).

Souvent évite, a en aversion, ou est réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparer des rapports, remplir des formulaires, revoir un long article).

Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, travaux écrits, lunettes, téléphone mobile).

Est souvent facilement distrait par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure des pensées non reliées).

A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, retourner des appels, payer les factures, respecter les rendez-vous).

Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un impact négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles:

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une défiance, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les adolescents les plus âgés et les adultes (17 ans et plus), 5 symptômes ou plus sont exigés.

Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.

Quitte souvent son siège dans des situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester en place).

Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).

A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.

Est souvent "sur la brèche", agissant comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : est incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).

Souvent, parle trop.

Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine les phrases de ses interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).

A souvent du mal à attendre son tour (ex : dans une file d'attente).

Interrompt souvent les autres ou s'immisce (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui sans demander ou recevoir leur permission ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer et reprendre ce que d'autres font).

Plusieurs symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

Plusieurs des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux situations ou plus (ex : à la maison, l'école, ou au travail ; avec des amis ou la famille ; dans d'autres activités).

Il est clairement évident que les symptômes interfèrent avec, ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex. trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une substance ou sevrage d'une substance).

Spécifications :

Présentation combinée : les critères A1 (inattention) et A2 (hyperactivité-impulsivité) sont remplis pour les 6 derniers mois.

Présentation avec inattention prédominante : le critère A1 est rempli pour les 6 derniers mois mais pas le critère A2.

Présentation hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est rempli pour les 6 derniers mois mais pas le critère A1.

-Les différences entre le DSM IV et le DSM 5 :

Le TDAH est maintenant inclus dans un chapitre intitulé « Troubles neurodéveloppementaux », et non plus dans les « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence ». Ceci souligne que le TDAH est un trouble neurodéveloppemental qui peut être observé, avec une expression particulière, aux différents âges de la vie ;

Les critères diagnostiques sont pratiquement inchangés, mais ils sont explicités dans le DSM-5 par des exemples qui s'appliquent aussi aux grands adolescents et aux adultes ;

Il est demandé que « plusieurs » symptômes aient été présents avant l'âge de 12 ans, alors que le DSM-IV-TR exigeait « certains » symptômes avant 7 ans – ce qui était plus difficile à établir rétrospectivement chez un adulte ; enfin,

Les « types » du DSM-IV-TR (mixte ; inattention prédominante ; hyperactivité/impulsivité prédominante) sont maintenant décrits comme des « présentations » qui peuvent être spécifiées, ce qui a peu de conséquences. Le DSM-5 introduit des spécifications supplémentaires (en rémission partielle) et un indice de sévérité.

Le nombre de critères reste identique entre le DSM-IV et le DSM-5 :

9 critères d'inattention et 9 critères pour l'hyperactivité et l'impulsivité. Le texte des critères n'est pratiquement pas modifié. On note quelques changements syntaxiques mineurs qui n'ont guère d'impact sur le sens. Par exemple, « est souvent incapable de » au lieu de : « à souvent des difficultés à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ».

La principale modification par rapport au DSM-IV est que presque tous les critères sont explicités par des exemples donnés entre parenthèses. Ces exemples ne se limitent pas au monde de l'enfant ; ils décrivent également les manifestations typiques du TDAH chez les grands adolescents et chez les adultes.

Dans le DSM-IV et le DSM-IV-TR, un TDAH ne pouvait pas être diagnostiqué si les symptômes survenaient exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement. Dans le DSM-5, il devient possible de diagnostiquer à la fois un TDAH et un trouble du spectre autistique qui sont alors considérés comme comorbides.

Les « types » du DSM-IV (mixte, inattention prédominante, hyperactivité/impulsivité prédominante) deviennent dans le DSM-5 des « présentations » qui peuvent être spécifiées.

Le DSM-5 introduit de plus des spécifications supplémentaires :

- 1) « en rémission partielle », quand l'ensemble des critères ne sont plus remplis mais que le trouble entraîne encore une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
- 2) la spécification de la sévérité (sévère, moyenne ou légère) en fonction du nombre de symptômes présents en plus de ceux nécessaires au seuil diagnostique. La spécification « rémission partielle » peut être intéressante chez un grand adolescent ou un adulte dont les symptômes se sont atténués.

Le groupe de travail responsable du TDAH lors de l'élaboration du DSM-5 s'était demandé comment coter les cas d'inattention sans hyperactivité. C'est une présentation clinique qui semble bien exister, sans que l'on puisse toutefois démontrer qu'il s'agit d'un trouble autonome. En l'absence de données empiriques suffisantes, il a finalement été décidé de ne pas introduire le déficit exclusif de l'attention, ni comme catégorie diagnostique autonome, ni comme présentation au sein du TDAH.

-Tableau comparatif du DSM IV et DSM 5 :

DSM IV	DSM 5
A. Présence soit de (1) soit de (2)	A. Un mode persistant d'inattention et/ou hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement caractérisé par (1) ou (2)
1. Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.	1. Inattention. Six des symptômes suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles. Notes : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins 5 symptômes sont exigés
INATTENTION :	
a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités.	a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderies dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (par exemple : néglige ou ne remarque pas des détails, travail imprécis)
b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux	b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (par exemple : a du mal à rester concentré dans des conférences, des conversations, ou la lecture de longs textes)
c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement	c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (par exemple : semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente)
d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)	d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (par exemple : commence des tâches mais se déconcentre vite et est facilement distrait)
e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités	e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (par ex., difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes ; difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre ; travail brouillon, désordonné ; mauvaise gestion du temps ; incapacité de respecter les délais)
f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)	f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (par ex., e travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles)
g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)	g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par ex., matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés,

	documents, lunettes, téléphone mobile)
h. Souvent, se laisse distraire par des stimuli externes	h. Souvent, se laisse distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport)
i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.	i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (par ex., corvées et courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous)
2. Six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant	2. Hyperactivité et impulsivité : 6 des symptômes suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles Note : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins 5 symptômes sont exigés
HYPERACTIVITE	
a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou remue sur son siège	a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou remue sur son siège
b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis	b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (par ex., quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans une autre situation où il est censé rester en place)
c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)	c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (Note : chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice)
d. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir	d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »	e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (par ex., n'aime pas ou ne peut pas rester tranquille pendant un temps prolongé, comme au restaurant ou dans une réunion ; peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre)
f. Parle souvent trop	f. Parle souvent trop
IMPULSIVITE	
g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée	g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (par ex., termine les phrases des autres ; ne peut pas attendre son tour dans une conversation)
h. A souvent du mal à attendre son tour	h. A souvent du mal à attendre son tour (par ex., dans une queue)
i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)	i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par ex., fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le

	demander ni en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut faire irruption dans les activités des autres ou s'en charger)
B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans	B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.

En France, les pédopsychiatres ont longtemps envisagé les troubles attentionnels et l'hyperactivité comme l'expression d'un trouble de la personnalité et des interactions familiales, qui relève avant tout d'une prise en charge psychothérapeutique.

Il existe indiscutablement des formes « pures », symptomatiques de dysfonctionnement neurologiques objectivables avec une véritable cohérence anatomo-physio-clinique. Prendre en charge un enfant porteur de troubles attentionnels est un véritable challenge, cela nécessite une démarche diagnostique rigoureuse, résolument neuro-psycho-pathologique.

Porter le diagnostic de TDAH reste assez facile dans sa forme typique : il s'agit d'un enfant censé avoir atteint l'âge de raison (plus de six ans) sans trouble flagrant de la personnalité, qui présente depuis toujours une distractibilité handicapante et/ou une agitation excessive, injustifiées au regard de ses compétences intellectuelles. La triade symptomatique doit être retrouvée :

-TROUBLE DE L'ATTENTION : c'est une difficulté à se concentrer tant dans les activités scolaires que dans les règles de jeux, surtout en présence de distracteurs (groupe, brouhaha,...). L'enfant indispose parents et enseignants du fait de son incapacité à maintenir son attention dans le temps. Absorbé par ses pensées (« dans la lune ») ou parasité par les stimulations extérieures, il paraît ne pas écouter, ne termine pas ses devoirs ou ses jeux, est obligé de téléphoner le soir à ses camarades de classe pour récupérer les consignes données par les enseignants tandis qu'il égare régulièrement ses affaires scolaires.

-L'HYPERACTIVITE MOTRICE : C'est l'impossibilité de tenir en place, avec une activité globale désorganisée et non constructive. Ce sont des enfants souvent joyeux, qui courent et grimpent, s'agitent en permanence et sont incapables de rester assis à une table de travail ou lors de repas. Bruyants et maladroits, ils ne peuvent jouer seuls et sollicitent sans cesse l'adulte dont ils parasitent le fonctionnement. Leurs fréquentes prises de risque sont illustrées par quelques stigmates pathognomoniques (incise médiane ébréchée, cicatrices sur l'arcade sourcilière,...). Les parents avouent hésiter avant de les emmener faire les courses dans les grandes surfaces (de peur de les perdre, ou qu'ils se blessent) tandis qu'ils n'osent plus se rendre chez des amis, tant ils paraissent « mal élevés ». Tous ces éléments sont illustrés par les livrets scolaires et le carnet de santé (nombreuses remarques concernant la discipline et l'agitation et fréquentations des services d'urgence pour des blessures minimes mais à répétition).

-L'IMPULSIVITE : elle est à la fois motrice et cognitive, elle complique l'intégration sociale. Elle est définie comme un besoin impérieux d'accomplir un acte et illustré par l'impossibilité de différer un désir, elle est responsable du rejet de l'enfant par son entourage. Le jeune patient impulsif est gêné par son impatience, sa brusquerie et sa difficulté à anticiper les conséquences de ses actes. Incapable d'attendre son tour dans les jeux, oubliant de lever la main, il interrompt fréquemment les adultes et fait irruption dans leurs discussions. Son absence de stratégie et son incapacité à planifier ses actes le pénalisent dans l'organisation de son travail. D'autres éprouvent de grandes difficultés à se conformer

aux ordres, ce qui est rapidement interprété comme un refus des règles et des consignes. Intolérants aux contraintes et rapidement agressifs lorsqu'ils sont frustrés, ils semblent plus sensibles aux récompenses qu'aux punitions. L'impulsivité a également des conséquences sur le plan émotionnel, avec des modifications rapides et fréquentes de l'humeur. (41)

Cette triade symptomatique peut s'accompagner de complications qui sont parfois les premiers signes d'appel d'un TDAH :

-L'échec scolaire est fréquent ; secondaire à la distractibilité, il est toujours mal vécu par des enfants qui ont pourtant statistiquement un QI (quotient intellectuel) normal, voire supérieur de 5 à 10 points à celui des enfants témoins.

-Les risques de sévices : n'est pas négligeable en particulier dans les formes où l'hyperactivité prédomine.

-Un tableau anxiodépressif sévère : les reproches répétés peuvent entraîner ce genre de tableau, lié à la conscience douloureuse du trouble et de l'incapacité à le maîtriser. Ces pensées péjoratives peuvent aggraver l'agitation et précipiter l'enfant dans une spirale inquiétante.

Le diagnostic de TDAH est plus difficile dans les formes atypiques, en particulier lorsque l'inattention est isolée, comme on le rencontre dans 20% des cas, surtout chez les filles. Le diagnostic est également complexe chez l'enfant avant six ans, quand l'hyperactivité est encore physiologique et tolérée par l'entourage. On s'interrogera face à l'omniprésence des comportements perturbateurs et leur aspect caricatural voir antisocial, qui rend difficile le maintien en maternelle.

Il est important de savoir repérer les authentiques TDAH et de les différencier des déficits de l'attention et des hyperactivités symptomatiques d'une autre pathologie, sans oublier la possibilité d'éventuelles comorbidités.

Une enquête rigoureuse peut permettre de rattacher l'agitation et l'inattention à une pathologie somatique, à un environnement délétère, à un retard mental, ou encore à certaines préoccupations psychiques. Il convient également de distinguer l'inattention et les instabilités consécutives aux troubles sévères des apprentissages des enfants « dys » : dyslexie, dysharmonie, dyspraxies.... Ainsi que le cas particulier des enfants surdoués, souvent inattentifs en classe pour cause d'ennui et de refus d'apprendre.

-Inattention et instabilité présentes depuis toujours et retrouvées dans toutes les situations :

Si la distractibilité et l'instabilité « constitutionnelles » doivent faire évoquer avant tout le diagnostic de TDAH, elles peuvent être également l'expression d'une pathologie somatique (déficits visuels ou auditifs, des maladies neuropédiatriques ou génétiques comme l'X fragile, le syndrome de Turner, de Williams, les trisomies 21, les neurofibromatoses,...) ou d'un trouble sévère de la personnalité. Certains troubles de la personnalité sont responsables d'un comportement instable et/ou inattentif, au-delà des troubles envahissants du développement tels que certaines formes d'autisme, dont la massivité du tableau clinique élimine tout problème diagnostique, on en rencontre régulièrement chez des enfants très agités, exigeants, intolérants et pas toujours présents dans la relation. Ces enfants inclassables sont rangés dans la catégorie dysharmonie d'évolution.

-Instabilité et/ou inattention intermittents et/ou d'apparition récente :

Le caractère transitoire ou récent de la symptomatologie plaide pour une origine environnementale ou psychoaffective. Ces désordres sont dominés par la dépression et les troubles bipolaires.

L'approche diagnostique des troubles de l'attention doit être rigoureuse et multimodale, afin d'éviter les excès constatés en Amérique du Nord, qui dénaturent ce syndrome et diabolisent les thérapeutiques médicamenteuses.

Le recueil de la symptomatologie « in vivo » au cabinet du praticien est souvent peu informatif car les enfants porteurs de déficit de l'attention sont capables de se concentrer sur une courte période, voire d'inhiber leur hyperactivité en situation nouvelle et duelle. Seulement 20% des enfants porteurs de TDAH présenteraient une hyperactivité lors de la première consultation.

Dans tous les cas, l'utilisation de questionnaires de comportement, remplis par les principaux « caregivers » (mère, père, éducateurs) et par les enseignants reste indispensable. On utilise le plus souvent l'échelle de Conners, avec un exemplaire destiné aux parents (43 items), un autre aux enseignants (28 items). Il existe également des versions résumées. Spécifique de l'enfant hyperactif, l'échelle abrégée de Conners est considérée comme pathologique lorsque son score est supérieur à 15, elle permet en outre de suivre l'évolution du trouble, en particulier lorsqu'un traitement a été mis en place. Elle est fondamentale pour comparer l'expression des symptômes en fonction des situations. Elle reste néanmoins peu sensible à l'inattention, en particulier dans la version courte. (41)

Les échelles d'évaluation de Conners ont été développées pour évaluer la symptomatologie de l'hyperactivité chez l'enfant et celle des troubles associés. Elles s'appuient sur une observation essentiellement comportementale de l'enfant, permettant d'objectiver et de quantifier les comportements, évitant le plus possible la subjectivité individuelle, source de variations importantes. Il existe au moins quatre versions de ces échelles, en fonction du nombre d'items et de l'observateur. La version complète pour les parents comprend 93 items et 48 items dans la version révisée. La version complète pour enseignants comprend 39 items et 28 items dans la forme révisée.

-Le questionnaire pour les parents : il permet l'évaluation des comportements par les parents. Sa structure factorielle est stable, avec cinq facteurs prédominants, établis à partir d'une analyse en composantes principales : troubles des conduites, problèmes d'apprentissage, manifestations psychosomatiques, impulsivité-hyperactivité et anxiété. Il permet aussi d'évaluer un index d'hyperactivité de dix items.

-Le questionnaire destiné aux enseignants : Ce questionnaire permet l'évaluation de l'enfant en milieu scolaire par les enseignants. Sa structure factorielle est stable, avec trois facteurs établis à partir d'une analyse en composantes principales : troubles des conduites, hyperactivité et immaturité-passivité.

Les échelles de Conners sont les plus utilisées dans le domaine de l'hyperactivité. Elles ont été développées dans les années 1970 et largement validées dans la population d'enfants hyperactifs et témoins dans les années 1980. Les échelles destinées aux parents sont validées pour des enfants de 3 à 17 ans. Chaque item est coté de 0 à 3 (0 : pas du tout, 1 : un petit peu, 2 : beaucoup et 3 : énormément). La cotation est très rapide à réaliser. Les scores des items sont additionnés au sein de chaque facteur et permettent d'obtenir un score par facteur. (47)

D'autres outils sont disponibles comme le questionnaire d'Achenbach précieux pour le diagnostic différentiel. Il comporte 113 questions, il est plus complet, il évalue le fonctionnement global de l'enfant et repère l'existence de symptômes internalisés (troubles anxieux et dépressifs, troubles de la

pensée, de l'attention ou de l'intégration sociale), ou externalisés (plaintes somatiques, comportements délinquants, agressivité)

Enfin les tests neuropsychologiques vont évaluer la qualité des ressources attentionnelles et des fonctions exécutives, la sensibilité aux distracteurs ou l'efficacité des mécanismes contrôlant l'impulsivité. Ce bilan peut comporter une évaluation du quotient intellectuel, à l'aide du test de Weschler (WISC IV pour les enfants de 6 à 17 ans). (41)

On note de nombreux symptômes associés :

- les troubles des apprentissages (retard de langage oral ou écrit) retrouvé dans 50% des cas
- les troubles du comportement : les troubles oppositionnels sont présents chez 65% et les troubles des conduites chez 22% des enfants hyperkinétiques
- les troubles anxieux et ou dépressifs dans près de 25 à 50% des cas. (42)

Le diagnostic du TDAH est **clinique**. Pour l'évoquer, il faut que les symptômes soient présents au moins dans deux contextes de vie (école, maison, loisirs,...) et assortis d'une gêne fonctionnelle. Il existe cependant des formes subsyndromiques dans lesquelles les symptômes prédominent à la maison ou à l'école. En termes d'évolution, ce sont les TDAH-scolaires qui se rapprochent le plus du TDAH d'intensité clinique. Par ailleurs, les symptômes peuvent être sujets à des fluctuations liées au contexte. Les situations nouvelles, la supervision par un tiers, les tâches structurées, la présence du père, sont classiquement associées à une moindre intensité des symptômes. Ainsi, le comportement de l'enfant en consultation ou en situation de test n'est pas un élément fiable de diagnostic. Celui-ci repose surtout sur l'anamnèse familiale et scolaire, et sur une évaluation précise du retentissement. Des variations liées à l'âge sont habituelles dans la sémiologie du TDAH. Le développement de mécanismes de contrôle explique probablement la diminution d'agitation motrice. L'impulsivité et les problèmes de contrôle émotionnel sont souvent au premier plan chez l'adolescent. Si le diagnostic n'a pas été fait auparavant, il n'est pas toujours facile d'identifier un TDAH à cet âge ; en plus de variations liées à l'âge, la comorbidité psychiatrique et les adaptations psychologiques secondaires compliquent le tableau. (48)

Le TDAH est fréquemment associé au trouble oppositionnel avec provocation (ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs envers les figures d'autorité) et dans une moindre mesure au trouble des conduites (ensemble de conduites répétitives et persistantes qui bafouent les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet). Environ 13 à 47% des enfants ou adolescents ayant un TDAH rempliraient également les critères diagnostiques pour un trouble oppositionnel avec provocation et un trouble des conduites. (49)

-Evolution des concepts et des classifications :

C'est Bourneville qui, en 1897 décrit des enfants caractérisés par une mobilité intellectuelle et physique extrême ; quelques années plus tard, J. Demoor (en 1901) compare l'instabilité de l'enfant à une chorée mentale. Mais c'est surtout l'ouvrage de Henri Wallon « l'enfant turbulent » en 1925 qui avec la thèse de J. Abrahamson « l'enfant et l'adolescent instable », illustre la position française, qui insiste sur le double versant psychique et moteur de l'instabilité. Par la suite, on a opposé les instabilités « constitutionnelles » répondant, à des dispositions innées, aux instabilités « acquises » attribuées à des facteurs organiques ou à des traumatismes ou situations psychologiques. J. de Ajuriaguerra distingue, quant à lui, les formes avec troubles moteurs prévalants et « les formes caractérielles avec arriération affective et modification de la motricité expressionnelle ».

Parallèlement, les auteurs de langue anglaise, ont décrit des cas analogues, sous le terme de « syndrome hyperkinétique ». Dans la littérature anglo-saxonne, l'accent a été mis d'emblée sur l'hypothèse d'une étiologie organique de ce syndrome, rattaché à la notion de « MBD ». Le concept pathogénique auquel ces initiales font référence, a subtilement évolué avec le temps : alors que dans les années 1950, elles signifient *minimal brain damage* (lésion cérébrale à minima), l'absence de preuves d'une atteinte lésionnelle, va amener un repli sur la notion plus prudente de *minimal brain dysfunction* (dysfonctionnement cérébral à minima).

Avec l'avènement du DSM III, la dénomination du syndrome change, il devient le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ; c'est « l'inattention anormale pour l'âge » qui est mise en première ligne, avant l'hyperactivité motrice elle-même. (42)

-Réflexions sur les mécanismes psychopathologiques en jeu :

-Séparation-individuation, symbolisation et socialisation :

Le modèle théorique de processus de séparation –individuation décrit par Mahler reste pertinent pour interroger la nature des relations des enfants à leurs parents et particulièrement à la mère. Le maintien de relations de trop grande proximité, « excitantes », voire « fusionnelles », va freiner l'autonomisation de l'enfant et parfois son individuation. En cas de relation d'objet défectueuse, l'enfant ne pourra intérioriser une image maternelle suffisamment structurante et rassurante pour pallier l'absence de la mère et maintenir une continuité subjective. Son niveau d'insécurité interne ou son absence de solidité narcissique se traduiront par des angoisses de séparation massives. La distorsion des liens et la difficulté de l'enfant à se penser en dehors de sa mère participent d'un défaut d'investissement interne qui engage lui-même un retard dans l'investissement de la fonction symbolique et, notamment du langage. La phase de consolidation, à l'âge de deux à trois ans, avec la maîtrise des sphincters, permet à l'enfant de s'approprier son corps et de prendre de la distance par rapport aux figures parentales. Cette autonomie peut être mal supportée par la mère, si elle était en attente d'être comblée narcissiquement ; l'enfant se trouvera alors en situation de « dette familiale ». La période de latence est celle de la sublimation qui sert le narcissisme infantile dans la mesure où l'accès à la connaissance qu'elle permet et la réussite scolaire comblent les attentes parentales. L'accès à la phase finale et constitutive du Surmoi, le respect des règles communes et le renoncement à la toute-puissance infantile vont faciliter l'ouverture de l'enfant vers le monde extérieur. C'est la période de l'entrée en cours élémentaire où l'acceptation de la discipline, du silence, de l'immobilité et l'acquisition de rythmes scolaires vont participer à une plus grande maîtrise corporelle, temporelle et environnementale. Le recours aux mécanismes obsessionnels (de la manipulation et répétition, jusqu'à la maîtrise et au perfectionnisme) va favoriser les apprentissages et participer au développement cognitif. De la logique concrète, l'enfant aura accès à l'intelligence formelle et aux raisonnements hypothéticodéductifs, qui participeront à la prise en compte de la temporalité, de sa finitude et surtout de celle de ses parents.

-Idéal du Moi, Moi idéal et Surmoi :

La formation de la personnalité est un lent processus interactif qui croise l'héritage biologique et génétique et la socialisation. Le rôle de l'entourage et des attentes parentales est capital dans la construction du Moi de l'enfant. L'Idéal du Moi est une instance de la personnalité qui résulte de la convergence du narcissisme primaire et des identifications parentales et des idéaux collectifs. Il constitue un modèle auquel l'enfant cherche à se conformer. L'intériorisation de leurs attentes réelles ou supposées et des valeurs parentales et familiales va constituer une référence idéale, dont la satisfaction va permettre un retour sur Soi de l'amour de ces figures. Cette référence idéale va

contribuer à la construction d'un Moi idéal, véritable idéal de toute-puissance personnelle, d'accomplissement héroïque et d'invulnérabilité, tels les héros de dessins animés ou de contes auxquels l'enfant s'identifie, renforçant ainsi son propre sentiment de puissance et d'atteinte de la perfection. Ce système « idéalisant » de toute puissance narcissique peut interagir avec le Surmoi, dans le sens de se substituer à lui, si l'enfant ou l'adolescent estime que la fin justifie les moyens. Le principe de réalité permet un aménagement de l'Idéal du Moi de l'enfant et une acceptation des imperfections et des insuffisances du Moi. Un Idéal du Moi mégalomane risque de renforcer l'exercice d'une toute-puissance infantile et de rendre difficile l'accès à des possibilités de correction ou d'ajustement. Toutes les erreurs, même minimales, particulièrement dans le domaine des apprentissages, peuvent être vécues comme une forme d'échec, douloureux, renvoyant à l'enfant un sentiment d'infériorité et de faible estime de soi ; le risque est le renforcement de mécanismes obsessionnels et projectifs-interprétatifs.

-Réflexions sur l'évolution sociétale et le fonctionnement familial :

-Dysfonctionnements familiaux classiquement mis en cause :

Ces dysfonctionnements concernent surtout les mères, du fait de leur rôle primordial dans la première enfance :

-Des attitudes hyperprotectrices, voire « fusionnelles ». Elles sont fréquentes et témoignent de l'importance de la relation entre la mère et l'enfant et de l'investissement dont celui-ci fait l'objet de la part de ces mères. Cette relation peut être accompagnée d'une demande narcissique, ou demande de « réparation », voire de comblement maternel

-Une relation incestuelle, surtout si c'est un garçon

-Des sentiments ambivalents, des fantasmes maternels agressifs à l'égard de l'enfant, en lien avec des difficultés de maternage. Des situations de rejet sont possibles :

-Une blessure narcissique face à un enfant qui est trop éloigné de l'enfant idéal que la mère avait fantasmé.

-Un vécu d'agression par un enfant qui devient plus autonome lors de la phase de motricité d'exploration, ou lors des troubles d'opposition et de « prestance ». Si cet enfant » était antérieurement très investi, les troubles des comportements externalisés qu'il présentera risquent de renvoyer à sa mère le regard extérieur réprobateur et de contribuer ainsi à la faire passer du statut de « bonne mère » à celui de « mauvaise mère ».

-La dépression maternelle postnatale génératrice d'un désaccordage affectif et relationnel entre la mère et l'enfant et sur laquelle se centre la plupart des hypothèses explicatives de l'instabilité. Si elle est suffisamment précoce et sévère, elle aboutira à une forme de carence et induira une défectuosité des processus psychiques, notamment des interactions précoces. Elle donnerait lieu à une faillite durable du holding initial de l'enfant et à la mise en place d'enveloppes substitutives, au rang desquelles, l'enveloppe d'agitation motrice qui permet à l'enfant de lutter contre l'angoisse de morcellement. Les défauts d'étayage mettent en échec la création et l'intériorisation des fonctions de pare-excitation, entraînant une insécurité d'attachement ainsi que davantage de perturbations émotionnelles et cognitives. La société contemporaine pourrait favoriser les difficultés parentales d'ordre thymique et narcissique et des défaillances de la fonction pare-excitation maternelle.

-Enfin, une disqualification du père par la mère ; père qui peut être par ailleurs instrumentalisé pour déclencher sa violence, renforçant ainsi le sentiment de sa non-compétence et du caractère non légitime et intrusif de ses interventions dans la dyade mère-enfant.

Le rôle du père :

-Le père peut être défaillant dans sa capacité à incarner la loi symbolique et à assurer la fonction de castration à l'égard de la mère et de l'enfant.

-Si le père est « maternant », cela aboutit à un double exercice maternel. Cette figure de « père-mère » pourrait être un des moyens de contourner le barrage maternel à l'exercice de la fonction paternelle, mais disqualifie quand même la figure « d'autorité paternelle ».

-Le père peut être « immature », avec des difficultés à l'égard de son propre père, une agressivité vis-à-vis de son fils avec lequel il peut être en rivalité œdipienne pour cette mère que l'un et l'autre convoient. Cela peut aboutir à un rejet de l'enfant ou paradoxalement à des relations de surinvestissement. Mais l'impossibilité d'élaborer le conflit œdipien chez l'enfant empêchera l'investissement scolaire.

-Evolution sociétale et familiale :

Parmi les évolutions sociétales de ces toutes dernières décennies, il faut évidemment insister sur la baisse de l'autorité parentale (structurante) et de la tendance à la symétrie des relations parents-enfants avec la recherche d'un consensus. La question de l'autorité devrait plutôt être, celle de la responsabilité : responsable de tiers qui favorise l'action de l'enfant ou l'efficacité de ses actes par l'influence psychique qu'il exerce sur lui et par le cadre des régulations sociales que cela permet. Mais, pour pouvoir exercer et tenir une position claire et maturante, il ne faut pas en attendre une confirmation par son enfant ou être sans cesse en quête de son amour. L'évolution de la famille nucléaire citadine va dans le sens d'une sacralisation des liens avec le jeune enfant, souvent idéalisé par ses parents qui le mettent au centre de toutes leurs préoccupations, véritable « enfant roi » qui légitime le consumérisme familial qui s'organise autour de lui. On peut voir des mères, qui travaillent, redoubler d'attention à l'égard de leur enfant lors des périodes où elles le prennent en charge, de sorte qu'elles ne s'accordent parfois aucun moment personnel tant que ce dernier n'est pas couché. Plus globalement, des parents déplorent leur manque de disponibilité et les contraintes auxquelles ils doivent faire face avec des conditions de vie urbaine parfois difficile. Parmi les facteurs qui peuvent influencer le développement de la personnalité de l'enfant, on peut évoquer un recul des règles de civilités et du respect des générations antérieures lié en partie à la notion de famille nucléaire ; un rapport de société qui tend à l'immédiateté de la satisfaction associée à une plus grande difficulté à supporter des frustrations ; une stimulation plus importante associée au phénomène de zapping télévisuel ; davantage d'accès à des formes de violence, notamment à la télévision, non médiatisées par un tiers,..... Cette liste non exhaustive pourrait encore intégrer la fragilité des parents souvent vite atteints sur un mode narcissique, notamment pour ce qui concerne leur enfant auquel ils s'identifient parfois massivement, et la difficulté des uns et des autres à élaborer la problématique de séparation et de perte. Ces diverses situations favorisent l'émergence de tableaux symptomatiques de pulsions peu élaborées, avec des pathologies du comportement et des conduites, mais également des troubles anxiodépressifs et de la lignée narcissique. Il faut également souligner la médiatisation dont fait l'objet l'hyperactivité, et l'abaissement du seuil de tolérance aux troubles de l'agir et aux conduites externalisées dans notre société dite « hyper contrôlée ». (43)

-Lien avec l'attachement :

La sécurité de l'attachement permet à l'enfant une meilleure régulation de ses émotions, par la construction de modèles internes opérants qui favorisent la confiance en l'autre et la qualité des relations interpersonnelles. La qualité de l'attachement semble impliqué à la fois dans le développement émotionnel et cognitif de l'enfant. La sécurité de l'attachement évaluée à 15 mois serait corrélée à de meilleures performances attentionnelles à quatre ans et demi chez les enfants à risque. Les enfants ayant un attachement désorganisé ne possèdent pas de moyen de faire face et sont en proie avec des conflits impossibles à résoudre, ce qui a été relié sur le plan cognitif à un déficit de l'attention conjointe et de régulation du stress.

Une difficulté à contrôler ses émotions et une labilité émotionnelle sont souvent associées aux symptômes cardinaux du TDAH. L'existence d'un attachement non sécure peut être envisagée comme une difficulté de régulation interne, pouvant constituer une vulnérabilité spécifique pour le TDAH.

Le tempérament reflète le style émotionnel d'un individu ; c'est un paramètre repérable dès la naissance et de ce fait, susceptible d'influencer les relations précoces. Le tempérament difficile, caractérisé par une réactivité émotionnelle élevée et négative et des difficultés d'adaptation au changement, sans influencer directement le style d'attachement, serait impliqué dans le degré de détresse manifesté par l'enfant au cours de la séparation avec sa figure d'attachement dans la situation étrange.

Le caregiving est l'ensemble des comportements parentaux incluant les soins physiques et affectifs donnés à l'enfant, dans le but de protection. La qualité du caregiving est très corrélée au propre attachement du parent et constitue, avec la sensibilité à l'enfant, un paramètre important dans le processus d'attachement.

Une perturbation majeure dans la mise en place de l'attachement précoce peut représenter une forme pathologique spécifique (le trouble réactionnel de l'attachement). Le trouble de l'attachement se caractérise par un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié, dans un contexte de soins insuffisants, inadaptés ou pathogènes et dont le début doit survenir avant l'âge de cinq ans. Le style de l'attachement pourrait avoir un impact sur l'expression ou l'évolution clinique du TDAH ou favoriser son apparition dans les populations vulnérables. La qualité des interactions familiales dont la sécurité de l'attachement est une composante qui semble limiter les complications évolutives du TDAH, notamment, la comorbidité à un trouble des conduites. Les difficultés de régulation émotionnelle semblent constituer un trait commun au trouble réactionnel de l'attachement et au TDAH. (50)

Au total, les recommandations pour les pratiques diagnostiques de l'enfant TDAH doivent se baser sur :

- Une évaluation qui doit être effectuée si un enfant d'âge scolaire présente les principaux symptômes du TDAH, des comportements perturbateurs ou des difficultés scolaires ;

- Le diagnostic doit se baser sur les critères diagnostiques du DSM-IV ;

- L'évaluation doit inclure plusieurs sources permettant de mesurer les symptômes ainsi que le degré d'altération du fonctionnement dans différents contextes, l'âge d'apparition des symptômes et leur durée ;

- L'évaluation diagnostique doit inclure l'évaluation des troubles concomitants. (56)

2) Épidémiologie du TDAH :

La prévalence des troubles hyperkinétiques estimée à partir des critères du DSM III se situe entre 3 et 6% de la population prépubère, avec une nette prédominance masculine (quatre garçons pour une fille). Il faut noter cependant que plusieurs enquêtes rapportent des prévalences plus élevées dépassant 10%. Les conditions du diagnostic sont un des facteurs explicatifs de ces variations : les enquêtes reposant sur des questionnaires remplis par les enseignants donnent en général des niveaux plus élevés que celles qui reposent sur les déclarations des parents.

Les critères diagnostiques utilisés sont un autre facteur important : les modifications signalées plus haut, des versions successives du DSM, ont probablement influencé les données épidémiologiques. Il semble, en particulier, que l'introduction du DSM IV contribue à une augmentation des chiffres de prévalence. (42)

L'hyperactivité est actuellement le trouble psychopathologique le plus fréquent (3 à 5%) avant cinq ans, mais sa prévalence serait que de l'ordre de 1 à 2% si l'on considère des critères plus restreints. (43)

D'autres études donnent des chiffres très différents, les études utilisant le DSM produisent des taux, le plus souvent, compris entre 5 et 10%. Les études reposant sur les définitions du syndrome hyperkinétique de la CIM donnent des résultats beaucoup plus bas, les taux variants de 0,4 à 4,2% avec une moyenne de 2% environ. Dans toutes les études où les taux sont fournis séparément par sexe, les taux sont trois ou quatre fois plus élevés chez le garçon (prévalence de 3 à 4% contre 1% chez les filles). La prévalence tend à diminuer avec l'âge, puisqu'environ 20% des formes de l'enfance vont nettement s'atténuer, voire disparaître à l'adolescence : la prévalence du trouble baisse entre l'enfance et l'adolescence chez les garçons (de 10 à 7% environ) mais reste plus stable chez les filles (autour de 3%). Cela serait dû à la plus forte représentation du sous type déficit attentionnel chez les filles. (47)

3) Étiologie du TDAH :

Le TDAH aurait une étiologie d'ordre neurobiologique, les hypothèses sont multiples :

-Dysfonctionnements des systèmes dopaminergiques, suggérés par le rapprochement avec d'autres pathologies (encéphalite de Von Economo, chorée de Sydenham) et surtout par l'effet des amphétamines (qui ont un effet pharmacologique de stimulation de ces systèmes).

-Dysfonctionnement des structures cérébrales assurant la sélectivité et le maintien de l'attention (système thalamofrontal), l'hyperactivité motrice n'étant qu'une conséquence.

Des recherches électrophysiologiques ont montré des anomalies hétérogènes de l'électroencéphalogramme ainsi que des potentiels évoqués P300. Des études d'imagerie cérébrale font état d'anomalies diverses concernant le cortex frontal, temporal, et pariétal, ainsi que les ganglions de la base, le corps calleux et le cervelet. Mais la généralisation de ces données est discutée du fait du faible nombre de sujets examinés ; de plus il n'a pas toujours été tenu compte du traitement pharmacologique. On retrouve chez les enfants TDAH par rapport aux témoins, un volume plus faible des matières grises et blanches des quatre lobes cérébraux et du cervelet, ces différences persistent avec l'âge. (42)

D'autres études montrent une réduction significative du volume de la substance grise du noyau lenticulaire (putamen et globus pallidus) et caudé droit, avec une normalisation progressive dépendant de l'âge. Ces résultats reflètent les altérations du circuit fronto-striatal, le réseau qui semble être le plus

impliqué dans la pathophysiologie du trouble, en étant responsable du contrôle inhibitoire cortical, de la régulation du comportement et de l'attention dirigée, compromis dans le TDAH.

Plusieurs anomalies morphologiques, souvent persistantes à l'âge adulte, malgré la rémission de la symptomatologie clinique, ont été détectées chez les individus avec un diagnostic de TDAH dans l'enfance, par exemple, l'épaisseur du cortex était réduite dans les régions limbiques et dans celles correspondant au réseau attentionnel dorsal chez le groupe d'anciens patients évalués à l'âge adulte.

Dans le TDAH, il y a des anomalies de la *fractional anisotropy* (l'évaluation de la diffusion des molécules d'eau) dans des régions dont l'implication dans la pathophysiologie du TDAH était antérieurement observée : la *corona radiata* antérieure droite, la matière blanche du cervelet gauche et la capsule interne. L'implication des faisceaux des réseaux fronto-striataux, corrélée à une symptomatologie d'inattention et une hyperactivité/impulsivité, a été démontrée. La démonstration des altérations des réseaux neuronaux liés aux fonctions cognitives supérieures, a démontré, pour la première fois, l'implication du système fronto-limbique dans le TDAH, ce qui pourrait expliquer la dysrégulation émotionnelle présente dans le TDAH.

Chez les enfants TDAH, on retrouve une hypo-activation dans les régions frontales, dans le putamen bilatéralement et dans les régions pariétales et temporales droites. Chez les enfants non atteints, au contraire, une hyperactivation a été retrouvée dans le gyrus angulaire droit, le gyrus occipital médian, le cortex cingulaire médian et postérieur. En revanche, chez les adultes atteints de TDAH, on a retrouvé une hypo-activation dans le sillon central droit et dans les circonvolutions frontales médianes et précentrales, ainsi qu'une hyperactivation dans les circonvolutions angulaires droites et occipitales médianes. L'hypo-activation des circuits fronto-striataux et l'hyperactivation du « mode par défaut », chez les individus avec TDAH offre une démonstration empirique de la théorie du « mode par défaut ». Selon cette hypothèse, le circuit du « mode par défaut », chez le sujet sain est actif lors des processus de rêverie et introspectif et atténué quand l'attention est dirigée vers une tâche (régulée par les réseaux fronto-striataux). Dans le TDAH, ce système ne serait pas suffisamment régulé. En conséquence, le manque d'inhibition du « mode par défaut » déterminerait les fluctuations attentionnelles et la perturbation des activités cognitives typiques du trouble. On peut interpréter l'hyperactivation du système somato-moteur et visuel comme des mécanismes compensatoires au déficit des fonctions exécutives.

Différentes études montrent que le traitement par psychostimulants a tendance à normaliser les anomalies structurelles et fonctionnelles associées au TDAH. Outre à l'effet des traitements pharmacologiques, certaines méthodes comme l'entraînement cognitif ont démontré, de leur côté, une efficacité dans la normalisation des altérations fonctionnelles dans le TDAH. (45)

Plusieurs facteurs pré ou périnataux sont incriminés dans la vulnérabilité du TDAH. Parmi les plus régulièrement incriminés, figurent l'anoxie néonatale, l'exposition in utero à des neurotoxiques, le retard de croissance intra-utérin. La malnutrition au cours des premiers mois de vie pourrait également être un facteur de risque, bien que les données manquent quant au rôle de carences nutritionnelles spécifiques. Les lésions cérébrales acquises (traumatiques ou post-encéphaliques) peuvent s'accompagner de symptômes de TDAH. L'exposition in utero à l'alcool, au plomb, au tabac et l'exposition post-natal au plomb, sont des axes de prévention pour les symptômes de TDAH comme pour d'autres anomalies du neurodéveloppement. (48)

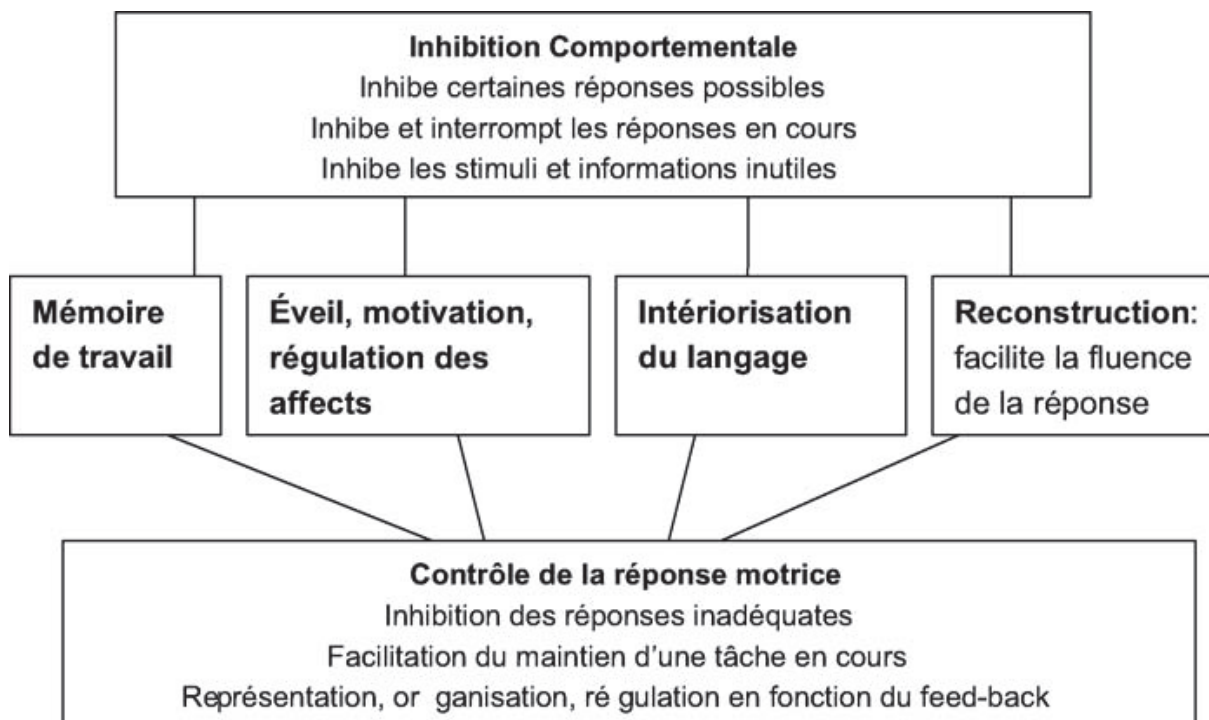
Le rôle des catécholamines dans les syndromes hyperkinétiques de l'enfant est mis en avant dès les années 1970, par l'intermédiaire des études sur les psychostimulants, principaux traitements

médicamenteux du TDAH. Les développements récents des théories « catécholamines » du TDAH font l'hypothèse de plusieurs anomalies :

-Pour la dopamine : une hypoactivité corticale (région cingulaire antérieure) sous-tendrait les anomalies cognitives et une hyperactivité sous-corticale (noyau caudé) serait responsable de l'hyperactivité motrice.

-Pour la noradrénaline : une hypoactivité corticale (préfrontale dorsolatérale) serait impliquée dans le déficit de mémoire de travail et une hyperactivité sous-corticale (locus coeruleus) serait à la base de l'excitabilité.

Les théories de dysfonctionnements mises en évidence dans les épreuves neuropsychologiques sont un défaut d'inhibition et des anomalies des fonctions exécutives. Dans le modèle de Barkley (schéma ci-dessous) le défaut d'inhibition est mis en relation avec le développement et le fonctionnement de quatre fonctions exécutives. Concrètement, les particularités cognitives peuvent avoir des traductions cliniques en termes de difficultés de planification, de structuration d'un récit, d'appréciation des conséquences des actions et des échanges sociaux, de coordination et de séquençage d'activités multiples. (48)



-Génétique :

L'agrégation familiale (risque multiplié par cinq chez les apparentés du premier degré) est en faveur d'une composante génétique, que confirment les études de jumeaux : la concordance des monozygotes (68%) est supérieure à celle des dizygotes (28%), ce qui suggère, aussi, une composante d'ordre environnementale. Certaines études sont en faveur d'une implication de gènes contrôlant des récepteurs et le transporteur de la dopamine. (42)

La composante génétique du TDAH est reflétée par l'agrégation familiale de ce trouble qui est environ cinq fois plus fréquent chez les apparentés de premier degré d'un sujet atteint qu'en population générale. Les études d'adoption montrent également une surreprésentation de TDAH chez les parents

biologiques des enfants atteints. D'autres troubles psychiatriques (troubles des conduites, abus de substances, troubles internalisés) sont également plus fréquents dans les familles biologiques. (48)

Certains auteurs estiment l'hérédité du trouble de 75 à 80%. Actuellement l'origine monogénique est retenue mais les gènes candidats restent largement hypothétiques. (55)

4) Aspects thérapeutiques :

Le traitement de TDAH s'impose comme l'aboutissement d'une stratégie diagnostique complexe et multimodale. Les objectifs thérapeutiques sont multiples. Le challenge consiste à favoriser les apprentissages et les compétences sociales, à atténuer l'intensité et la fréquence des débordements comportementaux, puis à traiter les complications et les troubles comorbides afin de renforcer l'estime de soi et l'intégration familiale. (41)

-Les traitements non médicamenteux :

Les interventions auprès de l'enfant atteint de TDAH et de ses principaux « caregivers » sont indispensables. Elles peuvent être suffisantes dans les formes légères et reposent sur des principes valables dans tous les cas.

-L'aide éducative : véritable travail de guidance familiale, c'est le premier temps thérapeutique. Elle consiste à faire identifier les composantes du TDAH à l'enfant et à sa famille. Puis elle encourage les parents et les éducateurs à maintenir un cadre strict tout en comprenant l'origine des excès et des débordements. La proposition de contre-attitudes parentales adaptées, classiquement « fermes et bienveillantes » doit être un des temps forts de la consultation, avec des conseils communs pour tous les enfants porteurs de TDAH : limiter les distracteurs, positiver le discours, fractionner les demandes, éviter les situations à risque, ritualiser les emplois du temps, valoriser le progrès, encourager la créativité et les moyens d'auto-apaisement, favoriser la motivation pour générer un changement, anticiper les conflits potentiels, enfin, rappeler sans cesse à l'enfant que c'est son comportement qui n'est pas supportable, et non l'ensemble de sa personnalité.

-Les groupes de parents : ils sont particulièrement appréciés et malheureusement pas assez souvent mis en place. Inspirés des thérapies cognitivocomportementales (TCC), leur principe consiste à entraîner plusieurs familles en même temps pour leur permettre de se confronter aux situations difficiles, mais aussi de partager leurs expériences dans ce domaine. L'apprentissage de stratégies de contrôle adapté au comportement de l'enfant vise à diminuer l'intensité des troubles et surtout leur impact sur le fonctionnement familial. Les familles sont sensibilisées aux conseils développés par Barkley et encouragées à reproduire ces comportements d'entraînement basés sur les renforcements des comportements positifs, plutôt que sur les sanctions auxquelles l'enfant TDAH s'expose régulièrement.

-Les conseils pédagogiques : ils sont indissociables du reste de la prise en charge. Un contact avec l'école est toujours nécessaire. Il permet d'évaluer les difficultés et l'évolution, de décontaminer la relation avec l'enseignant en « décodant » le syndrome, et de fournir des conseils appropriés : placer l'enfant près de l'enseignant, limiter les temps de concentration, intercaler des activités ludiques et sportives, tolérer les excès moteurs. La loi de 2005 permet de mettre en place des contrats avec l'école, avec des formatages différents en fonction de l'intensité des troubles. Les Programmes Personnalisés de Réussite Éducatives (PPRE) sont souples et établis entre l'équipe pédagogique et l'enfant, à la demande des enseignants. Les Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) sont mis en place par la maison de la personne handicapée (MDPH), après une demande effectuée par la famille.

Différentes rééducations doivent être proposées en cas de troubles spécifiques des apprentissages : orthoptie, orthophonie, ergothérapie et psychomotricité.

-L'aide psychothérapeutique : elle conserve une place dans l'arsenal thérapeutique. Il existe les thérapies cognitivocomportementales, qui cherchent à atténuer les symptômes, afin d'améliorer la qualité de vie de l'enfant et de son entourage. Elles permettent à l'enfant d'identifier ses débordements mais aussi ses schémas de pensées, sources de souffrance et de mauvaise adaptation sociale. En abordant les problèmes du plus simple au plus compliqué, on propose au jeune patient de mettre en place progressivement des stratégies adaptatives reproductibles, puis de reprendre le contrôle de ses réactions. La participation des parents est souvent nécessaire.

Les psychothérapies « d'interprétation » proposent quant à elles de rechercher dans le sens inconscient des symptômes. Si leur efficacité sur le TDAH n'a jamais été évaluée scientifiquement, elles restent logiquement préconisées par certains thérapeutes devant l'importance des perturbations émotionnelles, en particulier en cas de comorbidités.

Les psychothérapies familiales, analytiques ou systémiques cherchent à positionner l'enfant dans ses interactions avec l'environnement immédiat.

De nouvelles approches devraient se développer dans les prochaines années.

-Les programmes d'auto-instructions et toutes les formes de remédiations cognitives : destinés aux enfants, seuls ou en groupe, représentent des outils d'avenir. En s'adressant directement aux fonctions cognitives concernées (fonctions exécutives, mémoire de travail, attention,...) ils prennent la forme d'ateliers de « gestion mentale » et représentent une alternative aux traitements médicamenteux. (41)

-Les traitements médicamenteux :

Leur utilisation reste un sujet de résistance, alors que leurs mécanismes d'action sont mieux connus, et que leur excellente tolérance en facilite la manipulation.

-Les psychostimulants :

Les psychostimulants représentent le traitement majeur des formes invalidantes de TDAH, surtout lorsque les troubles attentionnels sont au-devant de la scène. Leur action est directe sur la cause potentielle du trouble, puisqu'en augmentant la vigilance et inhibant les débordements comportementaux, ils atténuent grandement les effets péjoratifs du syndrome sur le plan cognitif et social. La seule molécule commercialisée en France est le méthylphénidate (Ritaline® et Concerta®).

Les modalités de prescription sont extrêmement standardisées. L'autorisation de mise sur le marché (AMM) est récente : juillet 1995 pour la forme à libération rapide (Ritaline® 10mg) et 2004 pour les formes à libération prolongée (Concerta® LP, Ritaline® LP). Ces spécialités sont indiquées chez les enfants de plus de six ans.

La première prescription est exclusivement hospitalière et doit émaner d'un médecin spécialiste (pédiatre, psychiatre ou neurologue). Par la suite, le traitement peut être reconduit par tout médecin libéral ou hospitalier, pendant une période d'un an. Passé ce délai, le renouvellement doit être à nouveau effectué par un médecin hospitalier. La délivrance n'est autorisée que pour 28 jours, sur ordonnances sécurisées, ces médicaments figurant sur la liste des stupéfiants.

La Ritaline® 10 mg bénéficie d'une demi-vie plasmatique relativement courte (2 à 4heures) responsable d'un effet rapide (30 à 45 minutes après la prise) mais de courte durée, nécessitant un

fractionnement de la prise en 2 ou 3 fois (généralement le matin et le midi). Les formes à libération prolongée permettent une prise unique le matin, avec un effet variable selon les enfants, mais supposé persister 8 heures pour le Ritaline®LP et 12 heures pour le Concerta®LP. En pratique, il est fréquent de compléter la prise du matin par une forme à libération rapide administrée à midi ou à 17 heures. La posologie journalière varie selon les patients, elle est comprise entre 0,5 et 1 mg/kg/j, dose maximale qui sera atteinte par paliers sur quelques jours, (41) sans dépasser 60 mg par jour (44) .

Une autre forme galénique mise au point, mais non encore commercialisée en France est le patch transdermal. La dose administrée est calculée en fonction de la taille du patch et en fonction du temps d'application. L'action débute deux heures après l'application et la concentration plasmatique maximale est observée sept à neuf heures après l'application. L'efficacité dure de la deuxième à la douzième heure. La tolérance paraît bonne. (44)

Les modalités de prescription sont différentes selon les équipes, mais aussi selon les formes cliniques. Dans les TDAH sans hyperactivité/impulsivité, on propose de limiter la prescription aux jours de classe, et de l'interrompre les jours fériés et pendant les vacances scolaires.

Lorsque l'hyperactivité est omniprésente et mal contrôlée malgré les conseils éducatifs et les efforts de l'enfant, la prescription peut être maintenue au moins un jour dans le week-end. Les prescriptions en continu (tous les jours de la semaine) ne semblent pas poser de problème d'accoutumance ni de phénomène d'épuisement de l'effet thérapeutique. La durée du traitement varie en fonction des enfants. Il est habituel de le poursuivre pendant toute l'année scolaire, il faut reprendre la prescription à la rentrée en septembre après une réévaluation. (41)

L'arrêt systématique du traitement pendant les week-ends est remis en question. Le maintien permet une amélioration de l'ambiance familiale et de la communication. De plus, il n'est pas rare que certains enfants se plaignent de céphalées à la reprise du traitement à dose maximum, le lundi matin, lorsque celui-ci est interrompu durant le week-end : le traitement sept jours sur sept est alors pleinement justifié. (46)

Les contre-indications sont rares et discutées. En dehors d'une éventuelle intolérance au produit, on sera prudent en cas d'anomalie thyroïdienne et devant l'existence de tics sévères ou d'une épilepsie non contrôlée. On surveillera l'apparition d'éventuels effets secondaires, peu nombreux et inconstants, en général dose-dépendants. Les plus fréquents sont la survenue d'une baisse d'appétit plus ou moins accompagnée de perte de poids, mais aussi d'une insomnie d'endormissement avec les formes à libération prolongée. L'apparition de tics moteurs ou vocaux doit faire évaluer le rapport bénéfices/risques, et faire rechercher l'existence d'antécédents de maladie de Gilles de la Tourette. Quant aux modifications de l'humeur à type d'anxiété et d'irritabilité, elles sont peu fréquentes et doivent inciter à réévaluer le diagnostic, à rechercher un trouble de l'humeur primordial ou comorbide. En effet, l'augmentation de l'attention liée à l'effet psychostimulant de la Ritaline ® pourrait être responsable chez l'enfant déprimé d'une hyperesthésie face à ses émotions internes, aggravant les préoccupations anxiodépressives. Le problème le plus gênant concerne un éventuel ralentissement de la croissance. Cet effet est controversé et ne s'observe que lors des prescriptions prolongées, en particulier lorsqu'il n'y a pas d'interruption au cours de l'année. Il semble que cette stagnation staturo-pondérale soit réversible à l'arrêt de la thérapeutique. L'expérience et les publications confirment la bonne tolérance, et l'absence de risque d'évolution vers des conduites toxicomaniaques (le risque de toxicomanie semble en fait supérieur chez les sujets non traités (42)). Le clinicien restera prudent lors des prescriptions aux adolescents, ou dans les familles mal structurées. Dans tous les cas, les

médications doivent être stockées en lieux sûrs, et leur bonne distribution doit être surveillée, tant à l'école qu'à la maison. (41)

Les autres effets indésirables sont rares : céphalées, somnolence, vertiges, dyskinésies aiguës, difficultés d'accommodation et flou visuel. Les crises d'épilepsie sont exceptionnelles et les études n'ont pas montré de diminution du niveau du seuil épiléptogène sous méthylphénidate. Le traitement n'est pas contre-indiqué en cas d'épilepsie mais le traitement anti-épileptique doit être équilibré avant l'introduction éventuelle du méthylphénidate. De façon exceptionnelle ont été décrits des épisodes hallucinatoires. Une dysphorie passagère peut s'observer, mais l'apparition d'un état dépressif est d'interprétation difficile car la comorbidité dépressive n'est pas rare dans l'hyperactivité et il ne faut pas imputer systématiquement tout épisode dépressif au traitement. On observe occasionnellement des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements en début de traitement, une sécheresse de la bouche. On décrit également des palpitations, des variations de la tension artérielle et des tachycardies modérées. On peut noter des éruptions cutanées, des prurits urticariens et quelques cas isolés de purpura thrombopénique ou de dermatites avec érythème polymorphe.

Il faut rappeler qu'aucune étude n'a montré que la prescription médicale de méthylphénidate induit des comportements d'abus de toxiques, contrairement à ce qu'affirment les détracteurs du produit. (46)

Une méta-analyse de 161 études contrôlées contre placebo, portant sur des populations allant de l'âge de la maternelle à l'âge adulte, conclut à une amélioration chez 75 à 95% des 5899 patients traités par psychostimulants contre 3 à 4% avec le placebo. L'action sur les troubles de l'attention est moins bien démontrée. Plusieurs auteurs indiquent que l'association de pharmacothérapie et de psychothérapie améliorée est plus efficace que chacun des traitements utilisés seuls, notamment dans les cas où des troubles oppositionnels ou des troubles des conduites sont associés.

Pourtant aux Etats-Unis, la publication d'études montre l'augmentation considérable, au cours des dix dernières années, de la prescription des psychotropes et notamment des psychostimulants chez l'enfant, cela provoque un débat dans le monde médical. Le nombre d'enfants et d'adolescents traités par méthylphénidate a été multiplié par 2,5 entre 1990 et 1995 atteignant près de 3% de l'ensemble de la population américaine âgée de 5 à 18 ans. Aux Etats-Unis, la production de ce médicament a triplé entre 1990 et 1995 (atteignant 9 tonnes par an). Ainsi, ces données révèlent qu'un grand nombre de ces cas traités par psychostimulants ne correspond pas strictement aux critères diagnostiques du TDAH. Il est très important de ne pas perdre de vue les aspects symboliques et éthiques de toute démarche thérapeutique : dans cette perspective il faut s'interroger sur la signification que prend (dans la relation de l'enfant avec son entourage) la prise régulière d'une « pilule de sagesse », un médicament qui le rende supportable par les adultes. (42)

L'efficacité sur les symptômes de déficit attentionnel, d'hyperactivité et d'impulsivité a été mis en évidence chez les enfants de 7 à 12 ans, sans différence entre les sexes. Les effets spécifiques sont observés dans les trois domaines : moteurs, sociaux et cognitifs.

-Au niveau moteur, l'enfant retrouve un niveau d'activité comparable à celui de ses pairs. Il est moins bruyant, parle moins et dérange moins la classe. Son graphisme et son contrôle s'améliorent.

-Au niveau social, l'enfant acquiert une meilleure habileté dans les relations sociales, dans les jeux. Sa participation est de meilleure qualité. Il est moins coléreux, il peut travailler ou jouer d'une manière plus autonome. On décrit également une réduction de son agressivité physique et verbale avec les autres enfants, un meilleur contrôle de soi. Les comportements oppositionnels de défi, de non obéissance aux adultes, sont réduits, les interactions intrafamiliales s'améliorent. Ainsi les parents et

les enseignants se montrent plus positifs envers l'enfant, moins contraints d'exercer leur vigilance et par conséquent, distribuent moins de punitions.

-Au niveau cognitif, l'enfant soutient davantage son attention, spécialement dans les tâches « ennuyeuses », il est moins distrait, sa mémoire à court terme s'améliore, de même que son impulsivité. L'enfant exploite mieux ses stratégies cognitives. Enfin, la qualité et la quantité du travail fourni de manière complète (et non inachevée) augmentent. (46)

Récemment, le méthylphénidate a montré son efficacité et sa bonne tolérance, en dehors du TDAH, dans des cas de déficit attentionnel au sein d'une autre pathologie, par exemple dans certains retards mentaux, troubles envahissants du développement, pathologies génétiques et chez les enfants cérébrolésés. (44)

Cas particuliers de prescription :

-Les enfants d'âge préscolaire : quoique le méthylphénidate soit contre-indiqué en France avant 6 ans, force est de reconnaître que l'hyperactivité du jeune enfant peut être invalidante et empêcher l'insertion à l'école maternelle. Or les essais cliniques ont montré que les effets thérapeutiques chez les enfants d'âge préscolaire (3-6ans) sont identiques à ceux observés chez l'enfant plus âgé : amélioration des capacités d'attention, diminution de l'activité motrice et de l'impulsivité, amélioration des capacités à effectuer complètement les tâches et également facilitation des relations parents/enfants. La tolérance est comparable à celle de l'enfant d'âge scolaire.

-Les adolescents : Les psychostimulants ont, sur les symptômes cognitifs et comportementaux de l'hyperactivité de l'adolescent, une efficacité comparable à celle des enfants d'âge scolaire. En pratique, les patients répondeurs durant l'enfance peuvent poursuivre le même traitement à la puberté s'ils demeurent hyperactifs et les adolescents nouvellement diagnostiqués bénéficient aussi d'un traitement par psychostimulants et il n'est pas nécessaire d'augmenter les doses. En revanche, les difficultés d'observance et une augmentation de la prévalence de la dysphorie sous méthylphénidate sont plus importantes à cette période de la vie. Le risque d'usage détourné de psychostimulants est probablement plus important chez l'adolescent (consommation excessive, distribution gratuite ou vente illégale de psychostimulants aux autres élèves de la classe), mais il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée précise sur ce sujet.

Un certain nombre de recommandations ont été formulées par les auteurs anglo-saxons :

-Pour les médecins prescripteurs : s'informer d'un abus de substances chez le patient, sa fratrie et ses parents ; avertir la famille de la possibilité de détournement de la prescription de son usage thérapeutique ; être attentif à des demandes de renouvellement anticipées par rapport à la date prévue ou un usage anarchique du produit, instruire la famille sur le contrôle nécessaire du lieu de stockage et du mode de distribution au domicile, exiger de rencontrer l'adolescent tous les 28 jours et ne pas se contenter d'un simple renouvellement de l'ordonnance.

-Pour la famille : ne pas laisser le médicament dans un endroit accessible à tous ; gérer elle-même l'administration, surtout si une suspicion de mésusage existe ; faire parvenir directement le produit au personnel de l'école.

-Pour l'établissement scolaire : disposer d'une bonne organisation concernant le stockage et la distribution, instruire l'adolescent sur les sanctions encourues en cas de don ou de revente à d'autres jeunes. (46)

-Autres molécules :

D'autres molécules ont pu être préconisées, soit en cas de contre-indication, soit, et surtout en cas de comorbidités. Aucun traitement n'a fait preuve d'une efficacité identique au méthylphénidate sur les troubles attentionnels.

-Neuroleptiques :

Parmi les premiers utilisés en particulier dans les formes avec hyperactivité, la levomépromazine (Nozinan®) et la chlorpromazine (Largactil®) sont quasiment abandonnées à cause de leur médiocre tolérance, avec une sédation rapidement gênante et de fréquents effets paradoxaux (excitation). Même si dans un premier temps, elles permettent d'apaiser l'agitation anxieuse, leurs effets secondaires cognitifs aggravent les troubles attentionnels et sont logiquement responsables d'une interruption prématurée. Les neuroleptiques de nouvelle génération semblent prometteurs et mériteraient des études spécifiques dans cette indication (rispéridone, risperdal ®)

-Antidépresseurs tricycliques :

Les antidépresseurs tricycliques ont été proposés comme une alternative intéressante en cas de troubles anxieux. L'efficacité de la clomipramine (Anafranil®) et de l'amitryptiline (Laroxyl®) reste limitée par un échappement fréquent et des effets secondaires gênants (sécheresse buccale, troubles de l'accommodation, sédation,...). La posologie préconisée est de 0,5 à 1 mg/kg/jour, en fractionnant les doses en 2 ou 3 prises dans la journée. (41)

Les antidépresseurs tricycliques sont proposés en seconde intention. Dans certaines études on note également l'utilisation de l'imipramine (Tofranil ®) et de la désipramine (Pertofran®). Les doses employées varient de 2,5 à 5mg/kg par jour ; en raison de leur longue durée d'action, une prise quotidienne est suffisante et il n'y a pas de retentissement sur le sommeil. Leur efficacité est supérieure au placebo mais elle dure deux à trois fois moins que celle des psychostimulants. Les effets indésirables les plus graves appartiennent au domaine cardiovasculaire avec plusieurs cas de mort subite rapportés chez les enfants prépubères. Une surveillance soigneuse des paramètres cardio-vasculaires est donc indispensable. (46)

-Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine :

Les études ouvertes avec la fluoxétine (Prozac®) seule ou en association avec le méthylphénidate, ne permettent pas d'argumenter une efficacité nette de ces produits dans les traitements de l'hyperactivité. Les effets secondaires de ces associations de médicaments doivent aussi être mieux documentés. (46)

-Nouvelles molécules en voie d'expérimentation en France :

-L'atomoxétine (Strattera®), commercialisée depuis novembre 2002 aux Etats-Unis, n'est pas encore disponible en France. Ce traitement non psychostimulant agit en bloquant les récepteurs présynaptiques de la norépinephrine. Il est intéressant en cas de contre-indication à la Ritaline ® d'une part, et en cas de comorbidité avec des troubles anxieux ou dépressifs d'autre part. Actuellement en France pour ce traitement les thérapeutes ont une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). (41) C'est un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline, agissant spécifiquement sur le transporteur présynaptique de la noradrénaline. Après administration orale, il est absorbé rapidement et le pic plasmatique se situe une ou deux heures après la prise. La supériorité sur le placebo a été établie sur plusieurs études, la tolérance est globalement bonne ; les troubles digestifs et la baisse de l'appétit sont

les effets indésirables les plus fréquents. Ce traitement est une véritable alternative au méthylphénidate, en particulier dans les cas de tics et de syndrome de Gilles de la Tourette et sa prescription est également intéressante en cas de comorbidités dépressives ou anxieuses. La posologie optimale est de 1,2 à 1,5mg/kg avec une posologie maximale de 1,8mg/kg, en une ou deux prises par jour. Le début d'efficacité est observé à sept jours, avec un effet significatif deux à quatre semaines après le début de la prise. (44)

-Les compléments alimentaires sont proposés par certaines équipes qui ont retrouvés des déficits spécifiques en fer, magnésium, ou omégas 3 chez les enfants TDAH. Des résultats encourageants sont rapportés dans des publications françaises et nord-américaines, tandis que des études contrôlées sont en cours. (41) Une carence martiale a été mise en évidence chez 84% des enfants hyperactifs, la supplémentation en fer (tardyféron ®) d'enfants TDAH âgés de 5 à 8 ans et ayant une ferritine inférieure à 30mg/l apporte une amélioration des symptômes de ces patients. (44)

-Le Modiodal ® : Depuis de nombreuses années, Modiodal ® paraît efficace aux yeux des cliniciens chez l'enfant hyperactif. Cette efficacité a été confirmée avec, en particulier, une supériorité de l'administration de 300mg en une seule prise le matin sur les prises fractionnées. Mais, Modiodal n'a pas l'autorisation de mise sur le marché en France dans cette indication. Modiodal est indiqué chez l'adulte dans le traitement de la somnolence diurne excessive associée à une narcolepsie avec ou sans cataplexie. (44)

- La clonidine (Catapressan®), elle, n'est pas efficace pour traiter les troubles attentionnels, cependant elle pourrait être utilisée pour traiter les symptômes comportementaux d'hyperactivité en cas d'inefficacité du méthylphénidate ou de contre-indication. Elle améliorerait l'endormissement et les comportements oppositionnels. Avant de débuter un traitement par clonidine, une évaluation cardiovasculaire clinique et électrocardiographique s'impose. La dose de départ est de 0,05 mg au coucher puis la posologie est augmentée sur plusieurs semaines jusqu'à 0,15 à 0,3mg par jour, en trois ou quatre prises. L'effet indésirable le plus fréquent est la sédation, qui diminue après plusieurs semaines. Il faut surveiller la fréquence cardiaque, la pression artérielle et surtout la compliance au traitement au fait des risques de rebond tensionnel en cas d'arrêt brusque. (46) La clonidine est un antihypertenseur, adrénoLytique à action centrale.

-La carbamazépine (Tégrétol®) a été proposée comme alternative pour les cas particulièrement résistants ou lorsqu'il existe une lésion cérébrale ; son efficacité n'est pas démontrée.

II) Chez l'adulte :

1) Tableau clinique :

L'idée que l'hyperactivité disparaissait à l'adolescence a longtemps prévalu chez beaucoup de spécialistes, peut-être parce que le suivi de leurs patients s'interrompait. Grâce à une observation prolongée des patients hyperactifs, les cliniciens remarquent la persistance fréquente d'un tableau partiel, modifié et complexe chez l'adulte. A terme, le tableau clinique est transformé mais il n'a pas disparu pour autant.

L'entrée dans l'âge adulte conduit l'hyperactif à affronter de nouvelles exigences au plan personnel, familial, universitaire et professionnel, et à assumer plus d'autonomie et de responsabilités. L'efficacité des fonctions exécutives devient alors cruciale. Leur déficit associé à l'hyperactivité se traduit par des difficultés d'organisation et de planification des tâches. Les signes thymiques et émotionnels occupent également une place beaucoup plus importante que chez l'enfant. (51)

Wender est l'un des pionniers du concept de persistance du TDAH à l'âge adulte, en effet il remarque dans les années 1970 que les parents des enfants « hyperactifs » rapportent une histoire développementale similaire à celle de leur enfant et décrivent la persistance d'une gêne. En fait, la non reconnaissance du diagnostic de TDAH chez l'adulte peut avoir plusieurs explications :

- L'absence de spécificité de ses symptômes cibles
- Des particularités sémiologiques, liées à l'âge, au sexe et à l'environnement
- Des comorbidités fréquentes**
- Une critériologie peu adaptée
- Et un diagnostic rétrospectif difficile. (53)

Tableau récapitulatif des groupes de symptômes chez l'adulte :

Triade cardinale de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> -Agitation -Impulsivité -Inattention
Signes remarquables chez l'adulte	<ul style="list-style-type: none"> -Difficultés d'organisation et de planification -Trouble de l'humeur et des émotions -Attrait pour l'excitation et la nouveauté -Troubles de la régulation de l'alimentation et du sommeil -Difficultés relationnelles -Processus d'adaptation

Le devenir de la triade initiale :

La triade agitation, impulsivité et inattention évolue sous deux aspects. Le premier est quantitatif (combien de symptômes persistent dans ces trois registres alors que l'enfant devient adulte) et le second est qualitatif, cela concerne les mutations dans la nature des symptômes eux-mêmes.

Les symptômes d'hyperactivité déclinent notablement avec l'âge mais pas ceux du déficit de l'attention. Le nombre moyen de symptômes diminue de 50% pour l'agitation, de 40% pour l'impulsivité et de seulement 20% pour l'inattention.

Ainsi on peut noter deux types de rémission, la rémission syndromique, le patient ne présente plus le nombre de symptômes requis pour le diagnostic ; mais ceux qui persistent retentissent encore sur le fonctionnement général. Et la rémission fonctionnelle, les symptômes en faible nombre n'ont plus de retentissement ; le patient est voisin de la guérison.

On peut estimer que vers 20 ans, 30% des enfants hyperactifs présentent encore un syndrome complet, 60% sont en rémission syndromique et seuls 10% en rémission fonctionnelle, virtuellement guéris. (51)

La persistance du trouble à l'âge adulte varie beaucoup d'une étude à l'autre : entre 8 et 85%. Ces variations peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs liés à la méthodologie des études (l'âge, la sévérité du tableau clinique initial, ou les troubles comorbides de la population qui sont élevés, le type d'informateur interrogé, les définitions utilisées,...).

Les adultes avec un TDAH souffrent très souvent de perturbations cognitives et émotionnelles. En effet, les fonctions exécutives, telles que l'organisation et la planification, le raisonnement abstrait et la réponse au renforcement social, l'ajustement émotionnel, la stabilité thymique et la tolérance au stress, sont de plus en plus sollicitées avec l'âge. Les dix plaintes les plus fréquentes des adultes avec un TDAH sont :

- *trouver du travail ou garder un travail,
- *avoir des performances professionnelles en accord avec ses capacités,
- *réussir ses études à un niveau correspondant à sa capacité intellectuelle,
- *se concentrer,
- *s'organiser,
- *établir et maintenir une routine,
- *être discipliné,
- *mémoriser,
- *y voir clair,
- *avoir une bonne estime de soi. (53)

-L'agitation :

L'agitation motrice des hyperactifs adultes n'est pas toujours extériorisée en consultation. L'éducation apprend à la contrôler, mais cette explication ne rend pas compte de la diminution très marquée de l'agitation souvent observée à l'adolescence. Le « besoin de courir et de grimper partout » est aisément observable chez l'enfant, parfois même en consultation. Ce n'est pas une description appropriée aux adultes.

Une forme d'agitation motrice reste fréquente et facile à observer en consultation ; c'est une « bougeotte », incessante. Ces adultes remuent discrètement mais constamment, à moins de faire un effort spécial. Assis, ils changent de position, s'agitent sur le siège, gigotent, se trémoussent, balancent leur tronc, se tortillent d'une fesse sur l'autre, tordent les mains ; ils ont des trépidations dans les membres inférieurs ; ils triturent les objets ; ils tambourinent sur la table. Ils parviennent difficilement à rester tranquilles, même quand il le faudrait absolument. Les activités assises, les réunions, les repas, les conférences, les spectacles leur sont une corvée, voire un supplice. Ils se lèvent à la moindre occasion, sortent dès qu'ils le peuvent, font les cent pas, arpentent les couloirs.

L'agitation motrice se limite chez certains adultes hyperactifs, à des signes subjectifs, qu'on ne retrouve qu'à l'interrogatoire. Il s'agit d'un sentiment d'impatience motrice, de nervosité, de tension ou d'agitation intérieure, présent même quand le sujet paraît rester immobile. Cela peut être une simple difficulté à se détendre, ou à poursuivre des activités calmes et sédentaires, à rester tranquille en un même lieu longtemps. Ce sont des adultes qui n'aiment pas les loisirs tranquilles, on le retrouve dans la description de leurs vacances.

L'agitation chez l'adulte hyperactif est autant rapportée par le patient que par son entourage et de la même façon observable en consultation. Moins flagrante et moins évidente à diagnostiquer que celle

de l'enfant, il faut éviter de conclure hâtivement à son absence. Ce sont des adultes qui amusent leurs enfants mais usent leurs conjoints car ils ne s'arrêtent jamais.

-L'impulsivité :

L'impulsivité possède une traduction verbale et motrice mais également cognitive.

Les formes d'impulsivité verbales sont variées. Il y a le fait de parler étourdiment, sans réfléchir, de dire tout ce qui passe par la tête sans tenir compte du moment, ni des conséquences ; une idée venue est aussitôt exprimée. A la différence d'autres pathologies, comme les états maniaques ou délirants, l'hyperactif en prend presque immédiatement conscience, regrette et aimerait pouvoir retirer les propos incongrus qu'il vient de lâcher. Des hyperactifs rapportent un sentiment d'urgence à dire les choses. Cette impériosité est favorisée par la crainte de perdre l'idée, dans les instants qui suivent son émergence. C'est la conjonction entre le constat ancien des perturbations attentionnelles et l'anxiété anticipatrice qu'il engendre. La variante dans le langage écrit consiste à jeter sur le papier les idées telles qu'elles viennent pour lutter contre leur fugacité, même si cela aboutit à un texte décousu, mal noté lors d'un examen universitaire. L'impulsivité verbale présente également des formes plus intrusives : commencer à répondre à un interlocuteur avant même que la question soit complètement posée ; ne pas attendre son tour pour prendre la parole ; interrompre les autres dans les conversations, les cours, les réunions. L'impulsivité verbale s'accompagne d'une difficulté à contrôler le déroulement du discours qui devient parfois profus, logorrhéique. Les digressions sont nombreuses, le fil directeur difficile à suivre.

L'impulsivité motrice se manifeste dans toute action qui n'a pas été assez réfléchie avant d'être entreprise. Elle entraîne des conséquences que le sujet regrette promptement, et dont il souffre, ce qui le distingue encore des états maniaques ou délirants. L'hyperactif s'impose, sans réfléchir, dans les activités d'autrui. Il interrompt à tout moment les activités de jeux de ses enfants, comme les réunions de travail. L'impatience motrice le gêne pour faire la queue ou attendre son tour.

Enfin, le volet cognitif, c'est la prise de décision hâtive. L'hyperactif ne calcule pas. C'est lourd de conséquences chez l'adulte car, beaucoup plus que chez l'enfant, il est confronté à ses responsabilités et aux conséquences de ses actes. L'impulsivité conduit à des prises de décision aussi spectaculaires qu'irréfléchies. Ce symptôme est potentiellement plus dangereux, entraînant des suites désastreuses dans la vie professionnelle, mais également domestique. Dans la conduite automobile, elle favorise des attitudes dangereuses au volant et les infractions du code de la route.

L'impulsivité aggrave enfin la faible tolérance à la frustration, lot de beaucoup d'adultes hyperactifs qui sont facilement contrariés, et s'empotent pour des riens. Elle exacerbe le mauvais contrôle des colères qui éclatent brusquement, avec des explosions verbales brutales. Ces colères prennent souvent une tournure clastique (les portes claquent, le téléphone portable vole,.....). Par contraste l'agressivité physique contre les personnes est plus rare. (51)

-L'inattention :

Les difficultés attentionnelles des adultes hyperactifs forment un ensemble très riche de symptômes. Les hyperactifs sont dans la lune ou dans les nuages. Ils partent dans leurs pensées, se perdent en rêves éveillés, donnent l'impression d'avoir l'esprit ailleurs. Distracts, ils égarent constamment les objets de la vie quotidienne, les clés, les stylos, les lunettes,..... Ils partent dans l'intention de faire quelque chose, mais l'oublient aussi vite, ils oublient les rendez-vous, ne se souviennent pas des noms, des dates importantes, des anniversaires. Ne parvenant pas à garder l'attention concentrée sur une tâche, ils

se laissent distraire par des activités ou les bruits environnants et interrompent leurs activités pour s'intéresser à des événements mineurs. Ils font beaucoup de fautes d'inattention, oublient des mots ou des lettres lorsqu'ils rédigent. Ils ne se relisent pas car il leur est difficile de prêter attention aux détails, une fois que l'essentiel d'une tâche est accompli.

Ils semblent ne jamais écouter quand on leur parle. Ils ont tendance à partir au beau milieu d'une conversation, à perdre le fil, avec des changements fréquents de sujets de conversation. Les symptômes tendent à s'aggraver en groupe. L'inattention et la distractibilité peuvent être tout à fait gênantes pendant les conversations à plusieurs ou lors d'une réunion, d'une conférence ; l'esprit vagabonde, et des informations importantes échappent. Les difficultés à écouter, la distractibilité gênent de façon importante les relations avec le conjoint, les enfants et dans la vie de famille.

Ces difficultés attentionnelles ont un caractère labile. La plupart des cliniciens attachent une grande importance à leur variabilité en fonction du contexte. Cela distingue les troubles attentionnels des hyperactifs des troubles cognitifs qui se rencontrent dans d'autres pathologies. Les symptômes attentionnels s'aggravent dans les situations qui manquent d'attrait ou de nouveauté, les tâches monotones et répétitives. En revanche, ils peuvent diminuer ou disparaître dans un environnement nouveau, pour des tâches particulièrement intéressantes, et dans les situations de tête à tête. Beaucoup d'hyperactifs ne parviennent à se concentrer que s'ils ressentent une motivation spécifique ; ils doivent déployer des efforts coûteux dans les situations routinières de la vie quotidienne.

Parallèlement aux difficultés attentionnelles peut coexister une capacité d'hyper-concentration dans certaines circonstances. Ces fluctuations extrêmes de l'attention sont l'un des symptômes les plus typiques de l'hyperactivité : l'attention oscille d'un état d'hyper-focalisation où le sujet est insensible à tout ce qui l'entoure, à un état de relâchement tel que la moindre chose le distrait. C'est aussi une source d'incompréhension et de jugements négatifs de la part de l'entourage.

Les difficultés attentionnelles peuvent rester complètement occultes lors de la passation de tests neurocognitifs, si le patient est particulièrement motivé et intéressé. (51)

Les symptômes remarquables chez l'adulte :

-Difficultés d'organisation et de planification :

Elles ont un lien avec les difficultés attentionnelles et des mécanismes communs avec celles-ci, issus d'un déficit des fonctions exécutives. Or, leur mobilisation efficace est décisive à l'âge adulte. Un adulte doit gérer lui-même son emploi du temps, alors qu'on aide un enfant à le faire. Il doit planifier sa journée à l'université ou au travail, apprendre à hiérarchiser le principal et l'accessoire. Les déficits sous-jacents n'ont pas changé de nature mais la pression de l'environnement a augmenté.

Confrontés à un groupe de tâches, ils ne parviennent pas à établir de priorités ; ils s'enlisent dans les détails. Ils se plaignent d'avoir l'esprit embrouillé, confus. Les difficultés de mémoire à court terme et l'impulsivité gênent la planification des activités les plus routinières. Les hyperactifs peinent autant dans la mise en route et que dans l'achèvement des tâches. Ils procrastinent d'abord ; puis ils ont du mal à garder le même objectif jusqu'à ce qu'il soit atteint. Les « petites choses » de la vie quotidienne s'accumulent, devenant d'énormes obstacles. La procrastination a une composante anxieuse qui est alimentée en retour, dans un cercle vicieux. Situation paradoxale, la procrastination coexiste, chez la même personne, avec des façons d'agir impulsives. Face à une tâche, un sujet hyperactif peut aussi bien réagir instantanément que s'engluer totalement. La difficulté à mettre en route une tâche dépend de la motivation du sujet et de la contrainte de son environnement, de la présence d'un intérêt

important pour celle-ci, ou d'une pression intense. Ils ne parviennent à mobiliser leurs efforts qu'à la toute dernière minute, bousculés par le temps. Terminer est un autre défi pour les hyperactifs. Ils entament beaucoup, dans la vie domestique, universitaire, professionnelle, sentimentale, familiale,.... Mais ils changent d'activité, sur un coup de tête, sans avoir terminé celles en cours. Ils changent de projets ou de méthode à mi-parcours, ou bien à la dernière minute, et mettent en place soudainement un nouveau plan d'action.

La difficulté à terminer dans les détails accompagne un problème singulier de planification du temps et d'évaluation des durées. La mauvaise évaluation du temps qui s'écoule aggrave les conséquences des troubles attentionnels; la lenteur, la difficulté à terminer une tâche dans le temps imparti, le besoin de temps supplémentaire pour terminer sont habituels.

Ces difficultés de planification et d'organisation rendent les hyperactifs dépendants d'autrui. Ils ont besoin d'être rappelés à l'ordre, et guidés, pour entreprendre ou poursuivre les tâches quotidiennes. Les structures scolaires et les parents y pourvoient lorsqu'ils étaient enfants ; si le conjoint ne prend pas le relais dans la vie familiale, ils croulent sous le poids des exigences organisationnelles, et renoncent à en remplir un bon nombre. Le conjoint d'un hyperactif a souvent l'impression d'avoir un enfant de plus à la maison, et s'en lasse. Le même phénomène se produit sur le lieu de travail.

Enfin, les performances des adultes hyperactifs dans l'accomplissement de leurs tâches sont éminemment variables d'un moment à l'autre, de même que le sont leurs facultés attentionnelles. C'est une grande source d'irritation et de déception pour leur entourage professionnel, familial et amical et de démoralisation pour le sujet lui-même.

-Humeurs et Emotions :

La labilité de l'humeur se caractérise par le passage rapide et fréquent d'une légère euphorie, où une excitation superficielle l'emporte sur l'élation de l'humeur, à des accès de démoralisation, brefs mais répétés, très sensibles aux circonstances. Il n'y a ni anhédonie, ni perte des intérêts, ni les signes neurovégétatifs qui se rencontrent dans la dépression. Il existe une grande inconstance et imprévisibilité de l'humeur chez les adultes hyperactifs. L'instabilité est favorisée par les facteurs psychologiques, les contrariétés, les ruptures, la fin d'un projet. Mais elle est également de nature endogène, liée à la biologie de l'hyperactivité : les fluctuations de l'humeur sont alors plus autonomes, moins dépendantes des contingences.

Il y a une fréquente intolérance au stress, c'est une difficulté à composer avec des soucis banaux de la vie quotidienne, voisine de l'anxiété de performance. Le sujet se sent facilement dépassé par des événements ordinaires, ce qui le rend anxieux, et il répond par une gamme de réactions émotives. L'instabilité émotive et l'anxiété s'ajoutent à l'impulsivité pour aggraver la désorganisation.

Une mauvaise maîtrise de la colère est la troisième difficulté d'ajustement émotionnel. Les adultes hyperactifs s'irritent facilement et fréquemment. L'intolérance à la frustration se conjugue à l'impulsivité, et ils cèdent à de brusques éclats de colère, avec pertes transitoires du contrôle de soi, qu'ils se reprochent ensuite. Ces crises concourent à la dégradation de la vie sociale, parce que l'entourage les redoute et parce que le sujet se méfiant de son penchant néfaste limite les contacts.

Il est courant que les patients souffrent également de perturbations moins instables, avec une mauvaise estime de soi et de l'anxiété installées de façon pérenne. Ils ont le sentiment pénible de ne jamais atteindre leurs objectifs ou de les ne remplir, au mieux, qu'à moitié. Cette opinion négative fait écho à celle entendue dès l'école, venant de l'entourage familial et des enseignants, « peut mieux faire s'il

s'en donnait la peine, pourrait être un bon élève ». A l'âge adulte, ce jugement est intériorisé, devenant source d'anxiété, d'amertume et de découragement.

Les déficits centraux de l'hyperactivité : l'agitation, l'impulsivité, les difficultés attentionnelles et leur caractère chronique, engendrent la plupart des problèmes émotionnels secondaires, moins apparents dans les premières étapes de la vie, mais qui peuvent finir par occuper, chez l'adulte, le premier plan, devant les symptômes cardinaux. Le doute, la colère, la frustration, l'anxiété sociale, l'isolement, le manque de confiance en soi et l'humeur dépressive sont toutes les conséquences des échecs récurrents et du rejet social, engendrés par l'hyperactivité. Mais tous les patients ne sont pas affectés par les troubles de l'humeur ou l'anxiété à proportion de la sévérité de leur hyperactivité.

-Attrait pour la nouveauté :

L'intolérance à l'ennui et la recherche de sensations, la répugnance à suivre les routines ou les règles, l'attrait pour les procédures originales, la recherche de nouveauté sont des éléments fréquemment retrouvés chez les patients hyperactifs.

Cette « phobie » de l'ennui est-elle la cause de l'agitation motrice ? L'histoire développementale des hyperactifs milite contre cette idée : l'agitation motrice est présente dès le plus jeune âge, et tend à s'atténuer à l'adolescence, alors que la crainte de l'ennui apparaît plus tard dans l'enfance, pour croître ensuite. La crainte de l'ennui semble découler de l'agitation et du déficit d'attention car l'ennui exacerbe le sentiment de nervosité intérieure, et accroît les difficultés de concentration.

Les hyperactifs recherchent la pression. Les activités au rythme rapide, les distractions excitantes sont un écho de leur tourbillon intérieur. Certains patients ont un goût du risque développé, et sont des casse-cous. Cependant la recherche de sensation n'est pas celle du danger. Les hyperactifs aiment les activités variées pourvu qu'elles occupent l'esprit et le corps.

L'attrait pour la nouveauté s'accompagne d'une grande difficulté à suivre les règles établies. Les adultes hyperactifs ont une propension à faire les choses à leur manière, quitte à heurter les habitudes ou les convenances. Cette tendance s'observe déjà chez l'enfant hyperactif. Ces adultes ont souvent quelque chose de spécial qui suscite de l'admiration.

-Régulation de l'alimentation et du sommeil :

L'alimentation et le sommeil des adultes hyperactifs ont une caractéristique commune, la difficulté à suivre des rythmes réguliers, stables d'un jour à l'autre. Il en découle une déstructuration des pratiques alimentaires et des rythmes nycthémeraux prenant une ampleur particulière chez les jeunes adultes qui mènent une vie sans obligation familiale. Un retard de phase dans les rythmes circadiens pourrait faire partie des symptômes clés du TDAH adulte.

Les adultes affectés par une agitation motrice élevée redoutent l'heure du coucher car ils ressentent comme désagréable, parfois comme un supplice, la nécessité de rester immobile en attendant le sommeil. Les patients décrivent le sentiment que « le cerveau ne s'arrête jamais ». L'impulsivité et l'enthousiasme, mais aussi les difficultés attentionnelles et la mauvaise évaluation des durées, aggravent la désorganisation du nyctémère.

L'hyperactivité déstructure également les pratiques alimentaires. L'agitation motrice se traduit par la répugnance à rester assis à table le temps d'un repas. Les hyperactifs préfèrent manger sur le pouce, en menant parallèlement une autre activité. Le besoin de bouger favorise les grignotages qui sont autant de prétextes pour se lever et aller chercher quelque chose à la cuisine. Maintenir des conduites

alimentaires équilibrées sollicite l'attention et les fonctions exécutives : il faut disposer des ingrédients adéquats, organiser son temps pour composer et consommer le repas. La distractibilité et les oublis, la procrastination et la difficulté à mener une tâche à son terme, la désorganisation et le manque de temps mettent en péril chaque étape, et découragent les adultes. Impulsivité, impatience et mauvaise organisation favorisent le recours à des préparations toutes faites aux mauvaises qualités diététiques.

-Les difficultés relationnelles :

Les adultes hyperactifs rencontrent des difficultés relationnelles atteignant souvent une forte intensité, et retentissant dans la vie sociale, professionnelle et privée. L'agitation sous toutes ses formes gêne les relations sociales. L'entourage stigmatise l'impatience, l'irritabilité, la brusquerie, les colères et les altercations du sujet hyperactif, et celui-ci apprend à redouter leur survenue. C'est la source de « brouille » ou de rupture dans la vie amicale et sentimentale, de mauvaises pratiques éducatives avec les enfants, de crises conjugales et de séparation des couples, de conflits professionnels. L'incapacité à tenir les rendez-vous, les retards permanents, les démarches entreprises trop tard, les dates limites dépassées, les affaires personnelles ou professionnelles jamais classées, toute impuissance à planifier un tant soit peu les choses lassent l'entourage.

La vie sociale engendre une multitude de petits stress que les hyperactifs surmontent mal. Leurs réactions émotionnelles excessives, provoquées par l'agressivité même mineure d'un interlocuteur ou une simple moquerie, déclenchent un cortège de réactions d'anxiété, de malaise et de désarroi, hors de proportion.

-Les processus d'adaptation :

Sous la pression de l'environnement, les hyperactifs apprennent à lutter contre les symptômes de la triade cardinale d'abord, puis contre ceux qui murissent au fil du développement. Les adultes très gênés par leur agitation et leur impulsivité essaient de les réduire ou de les contrôler par une pratique intense de sport, particulièrement celle des arts martiaux. Beaucoup d'adultes hyperactifs multiplient les comportements de vérification, mais il n'existe pas de vrai rituel structuré. Ces adultes multiplient les listes de tâches, les mémos,.... En raison de leur mauvaise concentration, certains hyperactifs s'entourent de nombreux moyens pour se rappeler, être guidé, rester focalisé. (51)

-Retentissement dans la vie quotidienne :

Le fonctionnement des adultes hyperactifs est significativement altéré, comparé à celui de la population générale :

- leur niveau scolaire est plus bas et ils changent deux à trois fois de travail,
- leurs relations sociales sont de moins bonne qualité,
- ils ont plus de contraventions (100% contre 54% des témoins), plus de suspensions de permis de conduire et plus d'accidents de la voie publique avec dommages corporels,
- ils sont plus souvent arrêtés pour vol, effraction, braquage, incendie criminel ou port d'arme, le coût de leurs soins, notamment des comorbidités est plus élevé ;
- ils utilisent moins de contraception et ont plus de partenaires, avec un risque quatre fois plus élevé de maladies sexuellement transmissibles.

Le TDAH à l'âge adulte entraîne des conséquences professionnelles, sanitaires, légales et relationnelles. (53)

2) Etablir le diagnostic :

Aucun signe n'est spécifique de l'hyperactivité ; aucun ne permet à lui seul de poser le diagnostic. Le DSM et la CIM ont en commun de ne contenir quasiment aucun signe propre à l'adulte.

-Le DSM :

Le DSM-III opte pour une faible spécificité de l'hyperactivité de l'adulte comparée à celle de l'enfant, mais prend acte que l'agitation motrice s'atténue, alors que les troubles de l'attention persistent souvent. Il propose une rubrique « trouble déficitaire de l'attention, type résiduel » dans laquelle les signes de l'hyperactivité motrice ont disparu, mais les autres signes persistent sans rémission. Dans le DSM-IV, la définition du trouble déficit de l'attention/hyperactivité réintroduit une spécificité chez l'adulte : les symptômes diminuent en nombre et s'atténuent en sévérité à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte ; certains sujets continuent à présenter le tableau complet, jusqu'au milieu de l'âge adulte, et d'autres gardent au moins quelques symptômes avec une gêne fonctionnelle notable. Le DSM-IV précise que chez l'adulte hyperactif, cela peut prendre la forme d'un sentiment de nervosité, et d'une difficulté à s'engager dans des activités calmes et sédentaires. C'est l'unique formulation spécifique à l'adulte. Les trois sous-types de l'enfant sont décrits pour les adultes (inattention prédominante, hyperactivité/impulsivité prédominante et mixte). Quand le patient a rempli, auparavant, tous les critères mais ne le fait plus actuellement, bien qu'il présente encore des symptômes significatifs, le diagnostic devient « déficit de l'attention/hyperactivité, en rémission partielle ». Lorsque le patient ne remplit pas actuellement tous les critères, et qu'il n'est pas clair de savoir si les critères ont été remplis par le passé, le diagnostic est « déficit de l'attention/hyperactivité non spécifié ». Enfin, le DSM-IV admet qu'un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux puisse coexister avec le TDAH, et que les deux diagnostics soient portés ensemble.

-Les critères du DSM adaptés selon Barkley :

Dans cette version, ils suggèrent des seuils à 1,5 ou 2 déviations standard au-dessus du nombre moyen de symptômes présents dans des échantillons normatifs de population du même âge.

-Entre 17 et 29 ans : 4 symptômes d'inattention et/ou 5 symptômes d'hyperactivité/impulsivité

-Entre 30 et 49 ans : 3 symptômes d'inattention et/ou 4 symptômes d'hyperactivité/impulsivité

-Au-delà de 50 ans : 2 symptômes d'inattention et/ou 3 symptômes d'hyperactivité/impulsivité.

-La CIM :

Dans la CIM 10, la classification internationale des maladies, élaborée par l'organisation mondiale de la santé, le syndrome est dénommé « perturbation de l'activité et de l'attention », et classé sous la rubrique des troubles hyperkinétiques. Les critères de la CIM-10 sont presque les mêmes que ceux du DSM-IV, mais l'algorithme diagnostique est très différent car il s'appuie sur une définition du syndrome beaucoup plus étroite. De plus les auteurs de la CIM-10 estiment que le devenir à l'âge adulte est largement influencé par l'association ou non à un comportement agressif, délinquant ou dyssocial. Selon que les critères du trouble des conduites sont remplis ou non, la CIM-10 distingue donc le « trouble hyperkinétique et trouble des conduites », de la « perturbation de l'activité et de

l'attention ». La CIM-10 reconnaît que le trouble hyperkinétique peut persister chez l'adulte, mais elle n'apporte qu'un faible secours dans le diagnostic de l'hyperactivité à cet âge.

-Les critères d'Utah :

Ces critères sont des symptômes définis à partir des plaintes des patients. Des antécédents de troubles attentionnels et d'hyperactivité motrice doivent être présents dès l'enfance et persister chez l'adulte. Le patient et un tiers, de préférence un parent, sont interrogés pour établir le diagnostic dans l'enfance. De plus, deux parmi les 5 symptômes suivants, propres aux adultes, sont exigés :

-Labilité émotionnelle

-Tempérament coléreux, explosif

-Intolérance au stress

-Difficultés d'organisation, incapacité à accomplir une tâche en entier

-Impulsivité

Ces critères sont largement critiqués pour leur manque de vérification empirique (ces symptômes décrits peuvent être confondus avec les symptômes d'un trouble thymique, d'un trouble oppositionnel avec provocation,...).

-Les critères de Hallowell et Ratey :

C'est une liste de 19 symptômes issus d'une observation de la réalité clinique chez l'adulte. On retrouve les critères classiques de l'hyperactivité ainsi que des symptômes plus originaux : sentiment de ne se réaliser qu'à demi, de ne pas atteindre ses objectifs, procrastination, intolérance à l'ennui, distractibilité pouvant alterner avec hyperconcentration, créativité et intuition. Le grand intérêt de ces critères est de sortir franchement de la sémiologie claquée sur celle de l'enfant. Leur limite est qu'ils n'ont fait l'objet d'aucune tentative d'enquête épidémiologique.

Le diagnostic selon Brown :

Brown propose une synthèse des critères précédents, il faut que les troubles soit présents dans au moins deux situations différentes et celle de symptômes gênants avant l'âge de 7 ans. Mais l'hyperactivité/impulsivité n'est pas l'élément essentiel du syndrome, c'est le déficit de l'attention. Le cœur du syndrome est une altération de nature plus cognitive que comportementale. Pour Brown, le déficit de l'attention est un trouble dimensionnel. Il s'agit d'un ensemble de difficultés qui existent chez tout un chacun, mais à des degrés différents. Cette échelle permet de mesurer des variations d'intensité et de déterminer des seuils. La sévérité du trouble attentionnel est éminemment variable, et va de « à peine plus grave que ce que tout le monde vit » à « une gêne extrême, pire que ce que la plupart des gens ait jamais connu ».

Il y a des difficultés à poser le diagnostic chez l'adulte ; le rappel des souvenirs de l'enfance est l'un des pierres d'achoppement du diagnostic. Tous les systèmes de diagnostics exigent le début des troubles dans l'enfance, et une évolution continue ensuite.

La fiabilité du diagnostic rétrospectif d'hyperactivité dans l'enfance soulève des controverses, certains auteurs soutiennent que les diagnostics rétrospectifs sont valides, d'autres restent sceptiques. Le rappel inexact des événements anciens et des changements de comportement entraîne des biais qui opèrent

dans les deux sens. Des patients qui ont été hyperactifs peuvent avoir oublié, et d'autres exagèrent leurs difficultés d'attention et de comportement dans l'enfance. Plusieurs études montrent qu'une proportion notable d'adultes occulte totalement des antécédents parfaitement attestés, le risque de sous-diagnostic est bien réel, dans une proportion qui varie entre 20 et 40%.

Il est hasardeux de n'appuyer le diagnostic que sur l'anamnèse du patient. Les témoignages rétrospectifs recueillis auprès de tiers, les parents par exemple, sont un appoint utile, mais à utiliser prudemment. Ce sont les témoignages datant de l'enfance qui sont les plus précieux, tels que les livrets scolaires, les rapports d'examen médicaux ou psychologiques. (51)

La démarche clinique pourrait revenir à se poser les questions suivantes :

- Les symptômes cibles sont-ils présents à l'âge adulte ? Le clinicien doit s'attacher à la fois aux symptômes, à leur retentissement mais aussi aux stratégies adaptatives déjà mises en place.
- Les symptômes cibles étaient-ils présents dans l'enfance ?
- Existe-t-il une altération significative du fonctionnement ?
- Les symptômes sont-ils mieux expliqués par des circonstances environnementales ou par un autre trouble psychiatrique ?
- L'anamnèse familiale retrouve-t-elle d'autres TDAH chez les apparentés ?(53)

Les études longitudinales désignent certains facteurs pronostiques : la forme clinique du syndrome, la comorbidité psychiatrique, l'environnement social et familial. La forme clinique « mixte » et la sévérité des symptômes dans l'enfance sont des facteurs de persistance du trouble chez l'adulte, ainsi qu'une comorbidité psychiatrique multiple, l'adversité mentale et la psychopathologie parentale. Inversement, un bon niveau socioéconomique, un faible niveau de troubles comorbides, et un quotient intellectuel élevé, favorisent de meilleures stratégies de compensation et une meilleure adaptation.

Les risques de toxicomanie, de délinquance et de développement d'une personnalité anti-sociale concernent moins les patients avec la forme « inattention prédominante », mais beaucoup plus ceux avec la forme « mixte » ou celle avec « hyperactivité-impulsivité prédominante », d'autant plus que les troubles étaient sévères tôt dans l'enfance, et accompagnés d'autres troubles liés au refus de l'obéissance (trouble oppositionnel avec provocation, troubles des conduites). (54)

Il est très important de rechercher d'éventuelles comorbidités dans le diagnostic du TDAH, en effet, il est vrai qu'une certaine agitation, une logorrhée ou une tachypsychie chez un patient hyperactif peuvent faire évoquer un état maniaque ou une hypomanie. Mais chez le sujet hyperactif, contrairement au sujet hypomane, on ne retrouve que très rarement une insomnie, des idées de grandeur, une désinhibition sexuelle ou des éléments délirants. Généralement, on ne retrouve pas non plus d'épisodes dépressifs alternant avec une phase d'agitation si caractéristique des troubles bipolaires. L'estime de soi, souvent surélevée chez le bipolaire, est plutôt médiocre chez l'hyperactif. Enfin, le trouble bipolaire débute autour de l'âge de 20 ans, alors que le TDAH débute avant l'âge de sept ans.

A l'instar de l'enfant, le TDAH est un trouble rarement isolé chez l'adulte. En effet, selon les études, 19 à 37% des patients présentent un trouble de l'humeur, surtout un trouble bipolaire, et 10% un épisode dépressif majeur. Les études montrent 25 à 50% de troubles anxieux, en particulier des troubles anxieux généralisés. Au niveau des troubles liés à l'abus de substance,

33% présentent un alcoolisme chronique et 8 à 35% une toxicomanie sous forme d'abus de cannabis et de cocaïne. On retrouve fréquemment des troubles de la personnalité. La majorité des patients présente une personnalité antisociale puis, dans l'ordre, une personnalité de type borderline, anxieuse-évitante, histrionique et narcissique. Il faut noter que les patients hyperactifs qui présentent déjà un trouble des conduites pendant l'enfance évoluent fréquemment vers une personnalité antisociale. Ces patients présenteront un taux d'arrestation beaucoup plus important que les hyperactifs sans troubles des conduites associés. Les études démontrent en effet que ces derniers ne sont pas plus fréquemment incarcérés que les sujets témoins non hyperactifs. Enfin, 20% des sujets hyperactifs adultes présentent des troubles spécifiques des apprentissages : dyslexie, dyscalculie, ou dysgraphie. (55)

3) Les échelles d'évaluation :

Les échelles d'évaluation sont indispensables pour les enquêtes épidémiologiques; elles sont très utiles pour le dépistage; mais pour le diagnostic, elles n'ont qu'un rôle d'appoint.

Les échelles d'évaluation permettent d'obtenir rapidement un ensemble de données indicatives sur la sévérité des symptômes présents chez un adulte hyperactif. De nombreuses échelles existent dans l'aire anglo-saxonne, le constat reste vrai dans notre pays, mais il n'existe que peu d'instruments dont la validation soit achevée en français.

-La WURS : La wender utah rating scale :

C'est un instrument d'auto-évaluation, conçu pour établir rétrospectivement chez un adulte, la présence d'une hyperactivité dans l'enfance. Il existe deux formes de la WURS, une longue de 60 items pour les hommes et de 61 items pour les femmes ; et l'autre courte avec 25 items. Dans sa version courte, un score supérieur à 46 permet de classer correctement 86% des hyperactifs (cette échelle s'avère sensible mais peu spécifique) C'est une échelle qui reste essentielle dans l'évaluation de l'hyperactivité. Une version française existe pour la version courte uniquement. (51)

-La PRS « Parents Rating Scale » :

Elle comprend dix items ; c'est une échelle d'hétéroévaluation remplie par les parents du patient. Il s'agit donc d'une échelle rétrospective, qui nécessite un effort de mémoire de la part des parents. (55)

-Echelle de Brown pour adultes :

Les échelles de Brown, Brown attention deficit disorder scales sont au nombre de deux ; l'une pour les jeunes de 12 à 18 ans, l'autre pour les adultes. Elles sont destinées à l'auto-évaluation des patients. Dans la version pour adulte, l'échelle comprend 40 items regroupant 5 grandes parties (organisation du travail et mise en train, maintien de l'attention et de la concentration, maintien de l'énergie et de l'effort, gestion des interférences affectives, utilisation de la mémoire de travail et rappel). Les scores fournis ne sont utilisables que pour enrichir l'observation clinique. Si le score total, somme des scores des items est supérieur à 50, le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention est hautement probable. Il n'existe pas de traduction validée en français pour la version adultes (par contre elle existe pour la version des 12-18 ans en français).

-Echelle de Conners :

Les échelles de Conners pour adultes, Conner's Adult ADHD Rating Scales (CAARS) prennent la suite des échelles du même nom utilisées chez les enfants et les adolescents, qui restent un standard de

l'évaluation du TDAH. Il y a six échelles; une forme est destinée à l'auto-évaluation du patient, l'autre à l'évaluation d'un tiers observateur, un proche, le conjoint, un parent ou autre. Ces deux formes existent sous trois versions : une version de dépistage, une version courte et une version longue (4 grandes catégories sont étudiées : inattention/problèmes de mémoire, hyperactivité/nervosité, impulsivité/labilité émotionnelle et problème de l'image de soi). La version longue comprend 66 items et 9 sous-échelles ; la version courte ne contient que 26 items pour une analyse plus rapide. La version de dépistage comprend 30 items. La traduction et la validation d'une version française de ces échelles sont en cours d'élaboration.

-Echelles dérivées du DSM :

-L'ADHD Behavior Checklist for Adults utilisée par Murphy et Barkley est un inventaire construit à partir de 18 symptômes de l'hyperactivité du DSM-IV, reformulés pour l'emploi en auto-évaluation.

-L'ADHD Rating Scale IV, publié par DuPaul en 1998 est basée sur 18 symptômes du DSM-IV, et destinée aux parents et aux enseignants pour mesurer la fréquence des symptômes chez un enfant, une version adulte a été adaptée (qui comprend trois sections).

-**L'Adult ADHD Self-Report Scale-v11.1 (ASDS-v1.1)** est un instrument développé par l'organisation mondiale de la santé, c'est un auto-questionnaire composé de 18 items (tirés des symptômes du DSM-IV). La version à 6 items a montré une meilleure valeur prédictive de la présence d'un TDAH. Elles peuvent être utilisées isolément comme **outil de dépistage**. (51)

Aux Etats-Unis de nombreuses autres échelles ont été testées sur les populations de TDAH, voici une liste des plus courantes : peu de ces échelles ont une traduction et une validation en français :

Wender Utah Rating Scale (WURS)	Ward et al 1993
Adult Rating Scale (ARS)	Weyandt et al 1995
Current Symptoms Scales (CSS)	Barkley & Murphy 1998
Conner's Adult ADHD Rating Scale (CAARS)	Conners, Erhardt & Sparrow 1999
Adult Problems Questionnaire (APQ)	De Quiros & Kinsbourne 2001
Young Adult Rating Scale (YARS)	DuPaul et al 2001
Assessment of Hyperactivity and Attention (AHA)	Mehringer et al 2002
Attention Deficit Scale for Adults (ADSA)	Triolo & Murphy 1996
ADHD Rating Scale (ADHD-RS)	DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid 1998
Brown Attention Deficit Disorder Scales (BADDs)	Brown 1996
Symptom Inventory (SI)	McCann & Roy-Byrne 2004
Young Adult Questionnaire (YAQ)	Young 2004
Adult Self Report Scale (ASRS)	Adler et al 2006
Caterino Scale	Caterino et al 2009

En résumé, la CAARS (échelle de Conner's) et la WURS (wender utah rating scale) sont les échelles qui ont les meilleures validations de contenus. Pour ces deux échelles, ce sont les versions courtes qui ont les meilleures propriétés psychométriques. (52)

4) Epidémiologie :

Chez l'adulte les enquêtes épidémiologiques sont récentes et rares. La prévalence entre 18 et 44 ans s'élèverait à 3,4%. Plus de la moitié des patients suivis depuis l'enfance continuent de souffrir de

façon significative au début de l'âge adulte. Dans le sexe féminin, le diagnostic est proportionnellement plus fréquent à l'âge adulte que dans l'enfance. Le risque est accru, dans une famille où l'enfant présente le trouble, que d'autres membres en soient affectés. Parfois les deux parents sont concernés. Le TDAH touche de façon particulière certaines familles, avec à la clé un risque accru de pratiques éducatives mal appropriées. (54)

Le sex-ratio est de deux hommes atteints pour une femme à l'âge adulte, alors que chez l'enfant, il est de sept à huit garçons pour une fille. Il convient de noter ici que le TDAH chez la fille est plus souvent de type inattention prédominante, le type le plus difficile à diagnostiquer. Cela pourrait expliquer en partie le déséquilibre du sex-ratio. (55)

Une grande méta-analyse a été menée en 2009, elle retrouve une prévalence du TDAH chez l'adulte de 2,5% (IC : 95% CI 2,1-3,1), (elle reprenait les résultats de six études). (57)

Une autre grande étude internationale a été réalisée, les patients étaient inclus dans différents pays Belgique, Colombie, France, Allemagne, Italie, Mexique, ... et les USA, au total 10 pays ont participé à l'étude, le taux de réponse moyen était de 67,9% (total de patients répondeurs : 11422), les questionnaires ont été traduits dans différentes langues, le diagnostic reposait sur les critères du DSM-IV. La prévalence retrouvée était de 3,4%, et était significativement plus élevée en France, plus basse en Colombie et en Espagne. Il n'y avait de pas de différence significative entre les pays « riches » et les pays « pauvres ». On retrouve des troubles comorbides importants (des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles addictifs, principalement), on peut également noter que le TDAH commence avant les pathologies comorbides retrouvées. (58)

Une autre étude américaine a été réalisée chez près de 9282 patients âgés de plus de 18 ans et retrouve une prévalence de 4,4%. (59)

Une autre étude également américaine a réalisé un sondage téléphonique chez 966 patients, et retrouve une prévalence de 2,9%. (60)

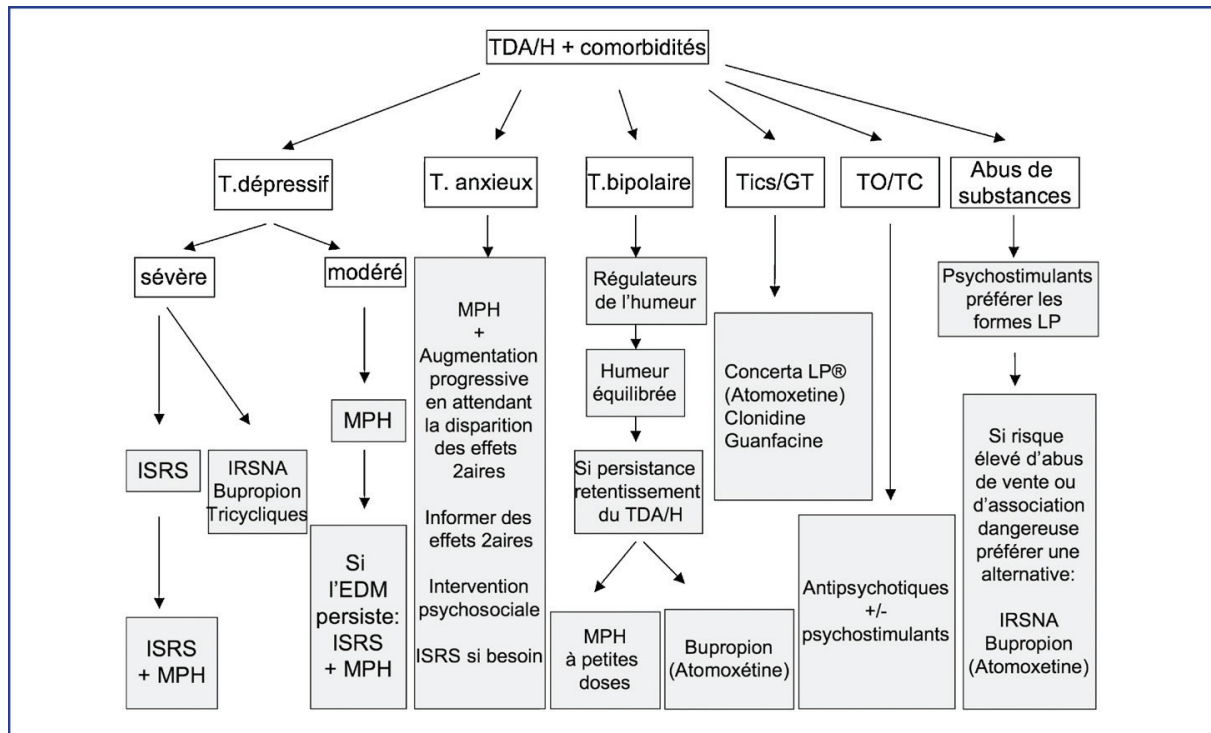
Une seule étude française est réalisée dans ce domaine. L'ARSR dans sa version à 6 items (4 items sur l'inattention et 2 items sur l'hyperactivité) est retenu pour avoir les critères cliniques les plus prédictifs. Ces 6 items ont une sensibilité de 68,7% et une spécificité de 99,5%. Pour la version à 18 items, un score supérieur à 10 est prédictif d'un TDAH. Dans cette étude la prévalence retrouvée est de 11,27% quand on utilise les six items de l'ASRS uniquement et de 8,37% quand on se base sur la version à 18 items ; mais elle tombe à 2,99% quand on utilise les deux échelles de cotation. (61)

5) Quelques éléments sur le traitement :

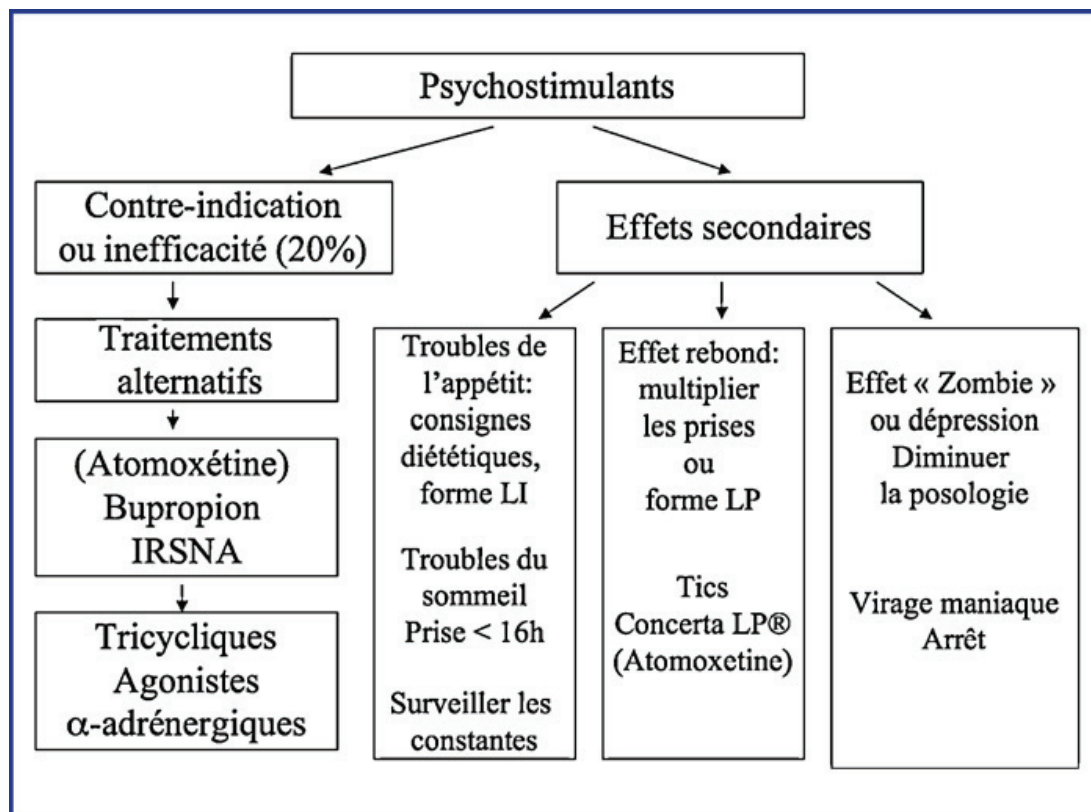
Le TDAH peut être traité efficacement chez l'adulte. La première étape de la prise en charge est la psychoéducation. Elle consiste à informer les patients sur leur trouble et à évaluer son retentissement passé et actuel. De nombreux outils d'aide à l'accompagnement des patients sont mis en place, citons un des ouvrages pour grand public « mon cerveau a encore besoin de lunettes ».

Le traitement médicamenteux reste le traitement de référence. Les psychostimulants sont aussi efficaces chez l'adulte que chez l'enfant avec un taux de réponse de 80% lorsqu'ils sont prescrits à une dose suffisante

Conduite à tenir pharmacothérapique dans le traitement du TDAH associé à des comorbidités chez l'adulte : TO=trouble oppositionnel, EDM=épisode dépressif majeur, MPH=méthylphénidate, ISRS=inhibiteur de la recapture de la sérotonine, IRSNA=inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.



Conduite à tenir devant une contre-indication aux psychostimulants ou une apparition d'effets secondaires. LI=libération immédiate, LP=libération prolongée.



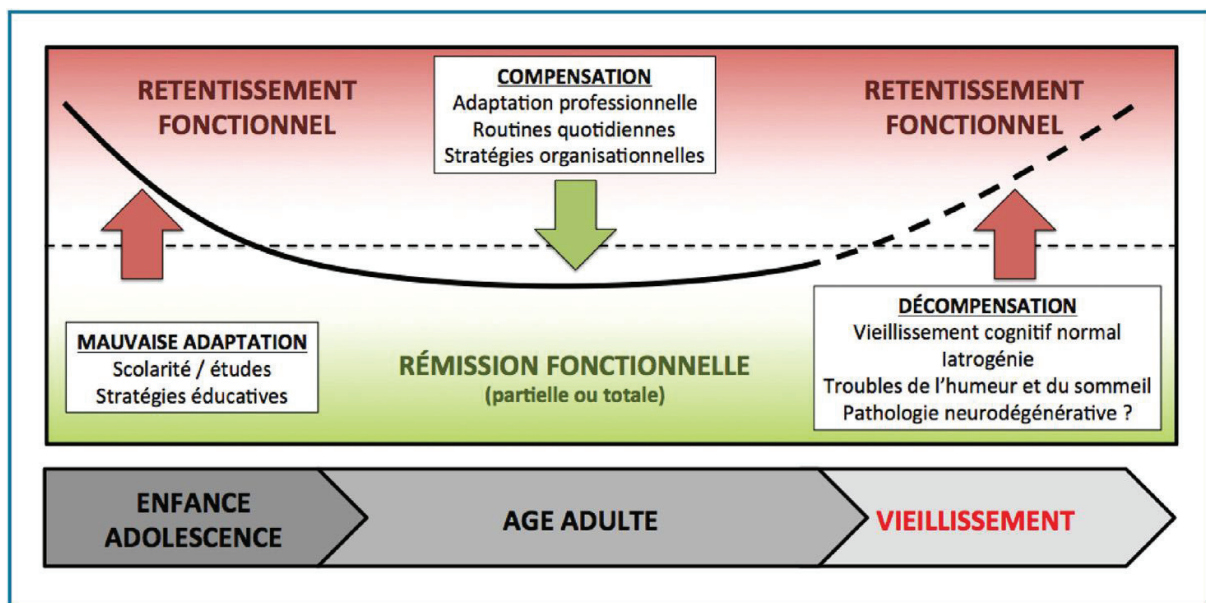
Une part importante de la prise en charge consiste enfin à aider les patients à développer des stratégies d'adaptation. Cette aide peut passer par une restructuration de l'environnement, par des programmes plus ou moins structurés de thérapie cognitivo-comportementale, mais aussi par la prise en charge psychologique des altérations résiduelles. (53) Des thérapies comportementales spécifiques modifiées d'après Linehan montrent des résultats favorables. Ces stratégies sont fréquemment utilisées aux Etats-Unis ou en Allemagne. Enfin, les thérapies familiales ou de couple peuvent être indispensables, en particulier lorsque les conséquences du TDAH grèvent la dynamique familiale. (55)

6) Les personnes âgées :

Les études longitudinales suivant les enfants atteints de TDAH jusqu'à l'âge adulte indiquent des taux de persistance du TDAH variant de 4% à 66%. Chez l'adulte une diminution globale du nombre et de l'intensité de l'ensemble des symptômes du TDAH avec l'âge est soulignée, la diminution est particulièrement significative sur les symptômes d'hyperactivité lorsque les sujets sont plus âgés. Les prévalences retrouvées varient entre 2,2% et 2,8% chez les personnes âgées.

Comme chez l'adulte jeune, la symptomatologie attentionnelle est au premier plan clinique chez le sujet âgé. Plusieurs études décrivent la fréquence des comorbidités, essentiellement d'ordre psychiatrique, dans les échantillons de sujets âgés atteints de TDAH (trouble de l'humeur en particulier les troubles dépressifs et les troubles anxieux). Il y a de nombreux impacts de la maladie chez le sujet âgé, en particulier la solitude, ils sont moins souvent mariés, plus souvent divorcés et bénéficient d'un entourage familial moins riche. La présence d'un TDAH va détériorer la qualité de vie, celle du réseau relationnel et de l'état global de santé de la personne âgée et est associée à un risque élevé de dépression.

Evolution des symptômes attentionnels avec l'âge dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité :



Les enjeux des affections neurodégénératives sont majeurs d'un point de vue médical, scientifique, éthique, sociétal et économique. Le TDAH partage une symptomatologie commune avec les troubles cognitifs d'origine neurodégénérative comme la plainte mnésique avec notamment les oublis dans la vie quotidienne, la distractibilité excessive, les difficultés de concentration mais aussi les symptômes résultant de perturbations des fonctions exécutives comme les difficultés de planification et d'organisation. Un interrogatoire approfondi portant sur la recherche de difficultés scolaires, de troubles du comportement dans l'enfance, ainsi sur l'étude détaillée du parcours de vie du sujet fournira des indications précieuses afin de distinguer la pathologie neurodéveloppementale vieillissante de la pathologie neurodégénérative chez le sujet âgé consultant pour la première fois pour des troubles cognitifs. Peu de données sont disponibles concernant l'hypothèse selon laquelle le TDAH serait un facteur de prédisposition à la survenue de troubles cognitifs liés à l'âge, en particulier les processus neurodégénératifs. De nombreux travaux appuient l'hypothèse d'un dysfonctionnement dopaminergique dans le TDAH. Sur la base de ce postulat, la question des liens entre TDAH et pathologie neurodégénérative impliquant les voies dopaminergiques (maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy en particulier) peut être posée. (62)

ADDICTION ET COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES : LE TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE.

1) Introduction :

De nombreuses études montrent que les adultes hyperactifs ont un risque particulier d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives.

Chez l'adulte addict, le diagnostic de TDAH peut être rendu difficile car la clinique de ce trouble évolue avec l'âge et l'usage des psychotropes. De plus, les addictions sont décrites comme plus sévères chez les patients TDAH : début plus précoce, progression plus rapide vers la dépendance et problèmes avec la justice plus fréquents. Les patients TDAH rapportent des effets paradoxaux au cours de l'usage de certaines drogues : augmentation de l'attention avec le cannabis et diminution de l'hyperactivité avec la cocaïne.

De nombreuses études montrent un risque accru d'abus ou de dépendance aux psychotropes chez les enfants TDAH suivis jusqu'à l'âge adulte. Le risque serait multiplié par trois de développer un trouble lié à l'usage de substances et celui d'une dépendance aux drogues par 7,9.

Dans certaines études, il est retrouvé que la personnalité antisociale et l'abus de substance sont liés l'un à l'autre, les consommateurs de substances psycho-actives sont beaucoup plus nombreux parmi les hyperactifs ayant une personnalité antisociale.

Le risque est encore plus augmenté quand il existe un trouble des conduites ou un trouble bipolaire (dans l'enfance). Il en est de même pour un trouble oppositionnel avec provocation.

Le sous-type le plus touché est le type hyperactivité/impulsivité prédominante en comparaison avec le sous-type inattention prédominante.

Le tabac et l'alcool sont les deux substances les plus consommées par les adultes hyperactifs. De la même façon, le trouble des conduites et la sévérité du TDAH ont un impact sur la consommation de tabac des hyperactifs. (51)

2) La question de l'automédication :

L'utilisation de substances psychoactives pourrait être de l'automédication, par exemple la cocaïne a des propriétés psychostimulantes puissantes et elle serait la substance de prédilection pour les hyperactifs. Mais les données épidémiologiques contredisent cette hypothèse. Les adultes hyperactifs n'ont pas de consommation préférentielle pour la cocaïne ou autres amphétamines. Par contre le tabac doit être considéré comme la vraie substance d'automédication, d'autant que son usage commence très tôt dans l'adolescence, même en l'absence de trouble comorbide. La nicotine a des propriétés d'augmentation de l'attention et de diminution de la distractibilité. Il est aussi à noter que le cannabis a un rôle sédatif qui est recherché par les adolescents et les jeunes adultes hyperactifs. (51)

L'hypothèse de l'automédication est plausible, car le TDAH est un trouble chronique associé à des dysrégulations neurologiques. Des études suggèrent un développement progressif dans le TDAH de symptômes de démoralisation, d'échec, d'abus de substance et de délinquance. Les patients consommeraient pour stabiliser leur humeur, leur agitation et pour assister leur sommeil. (83)

3) L'ASRS dans les populations consommatrices de drogues :

L'ASRS est l'instrument validé dans la population générale adulte comme test de dépistage du TDAH. Ce test a une sensibilité de 68,7% et une spécificité de 99,5%, dans sa version courte à six items. Le gold standard pour le diagnostic du TDAH chez l'adulte est le CAADID : the Conner's ADHD Adult diagnostic interview for the DSM-IV, c'est un entretien semi-structuré qui n'est pas disponible en français.

L'ASRS est un bon test clinique pour dépister le TDAH dans les populations avec problématique addictive, mais ce n'est pas un outil diagnostique. La durée du test est courte, environ 5 minutes. Dans cette étude nous retrouvons une prévalence de 13% de TDAH dans les patients consommateurs de drogues, la sensibilité du test de l'ASRS est de 0,84 et la spécificité est de 0,66, la valeur prédictive positive est de 0,26 (95% CI : 0,22-0,30) et la valeur prédictive négative est de 0,97(95% CI : 0,96-0,98). La spécificité est meilleure pour les patients alcooliques que pour les patients avec problèmes de drogues, avec une sensibilité similaire et il n'y avait aucun changement en fonction du sexe ou du traitement du patient. (63)

4) La prévalence du TDAH dans les populations avec problématique addictive :

Les problèmes d'addiction ont un impact important en santé publique. Le TDAH est un facteur de risque majeur de développer une addiction, seul ou avec un trouble des conduites. La comorbidité TDAH a un effet négatif sur l'évolution de l'addiction, les patients avec TDAH et une addiction deviennent addicts plus jeunes, utilisent plus de substances et sont hospitalisés plus souvent. Le TDAH est également lié à un plus grand risque de rechute.

Le chiffre de prévalence varie beaucoup en fonction des études, de 2 à 82%.

Une méta-analyse analysant 29 articles sur le sujet, retrouve une prévalence globale de 23,1%, 25,3% pour les adolescents et 21,0% pour les adultes. Le TDAH et les addictions sont plus représentés chez les hommes. Pour la consommation de cocaïne, les résultats diffèrent, certaines études montrent que cette substance est la drogue la plus consommée chez les patients TDAH dans le cadre d'une éventuelle automédication, mais d'autres études ne montrent pas cette préférence pour la cocaïne. L'alcool et le cannabis sont des substances très représentées chez les patients TDAH, probablement pour leur vertu sédatrice. (64)

Les patients avec TDAH et un problème de drogue auraient tendance à commencer plus tôt, et à expérimenter plus de substances que ceux sans TDAH. (Âge de début des consommations de 19 ans chez les patients TDAH contre 22 ans chez les non TDAH). Dans cette étude, 152 patients ont été inclus, 91 alcoolodépendants et 61 avec une dépendance multiple. 19 patients alcoolodépendants ont eu un diagnostic de TDAH dans l'enfance et 7 ont encore des symptômes à l'âge adulte. Dans le groupe des addictions multiples, 33 avaient eu un diagnostic dans l'enfance et 19 avaient encore des symptômes actuellement. Les patients avec TDAH consomment de plus grandes quantités de cocaïne, de cannabis, et d'héroïne. Par contre les amphétamines ne sont pas plus consommées par les patients TDAH. La consommation débutait plus tôt chez les patients TDAH. Les patients avec un sous-type hyperactif-impulsif et mixte expérimentent plus. (68)

Une étude turque étudie les patients alcoolodépendants et retrouve, un âge de consommation plus précoce, les patients deviennent dépendants plus rapidement, par contre les quantités d'alcool consommées ne diffèrent pas entre les patients TDAH et non TDAH. Le groupe TDAH consomme plus de drogues que le groupe non TDAH, le tabac est présent dans les deux groupes sans différence. Des problèmes sociaux, familiaux ou professionnels sont fréquemment associés au TDAH, et le taux de rechute est plus élevé dans le groupe TDAH (80 contre 55,6%). (69)

Une autre étude américaine, montre que le groupe TDAH en comparaison avec le groupe témoin, était composé de plus d'hommes, ils étaient globalement plus jeunes, et venaient de milieux socio-économiques défavorisés. Les comorbidités psychiatriques étaient plus fréquentes chez les patients TDAH ainsi que les troubles addictifs, l'âge de début des troubles était également plus précoce. (71)

Une étude australienne retrouve un taux de prévalence très élevé de 44%. Pour l'alcool et l'usage des amphétamines il y avait des taux significativement plus élevés chez les patients TDAH. De même, l'utilisation modérée des benzodiazépines et des amphétamines ainsi que les utilisations prolongées d'opiacés comme l'héroïne et la méthadone avaient un lien significatif avec le TDAH. (76)

Dans une autre étude, la prévalence chez les patients avec une dépendance à la cocaïne et/ou à l'héroïne est de 5,22% en comparaison aux patients sans addictions 0,85%. Chez les patients avec un TDAH dans l'enfance, 79,5% rapportaient des symptômes à l'âge adulte, seulement 52,2% des patients avec TDAH dans l'enfance avaient reçu un traitement. On retrouve 20,7% de type inattentif, 30,4% de type hyperactif et 48,9% de type combiné. Il y a plus de dépendance à l'alcool, au cannabis et aux stimulants chez les patients TDAH. Les patients avec un TDAH avaient significativement un âge plus précoce de début de dépendance et un âge plus précoce de début d'utilisation; ils étaient dépendants à plus de substances, étaient hospitalisés plus souvent et avaient plus de comorbidités psychiatriques. Les pathologies psychiatriques les plus rencontrées chez les patients TDAH sont :

- Le trouble des conduites
- Le trouble de la personnalité antisociale
- Le trouble bipolaire de type 1
- L'état de stress post-traumatique (77)

Une autre étude australienne retrouve 28% de taux de prévalence du TDAH dans les populations consommatrices : 76% de type combiné, 22% de type inattentif et 1% de type hyperactif. Le groupe TDAH avait plus de comorbidités psychiatriques notamment des troubles anxieux, des troubles dépressifs, et des troubles de la personnalité. Il n'y avait pas de différence significative pour les injections de drogues. Les risques sexuels étaient équivalents dans les deux groupes. Pour les risques au volant, le groupe TDAH avait plus de risques. (78)

Dans une grande étude internationale, la prévalence oscille entre 5,4% (pour la Hongrie) et 31,4% (en Norvège). Il y avait une grande différence entre les pays nordiques et le reste des pays participant à l'étude. L'alcool était la substance la plus consommée : 54,6%, puis les psychostimulants : 15,1%, le cannabis : 10,8%, les opiacés 10,8% et les autres drogues : 8,6%. La prévalence se modifie en fonction de la substance consommée, ainsi on retrouve de 5 à 22% pour les patients avec une problématique d'alcool et 5 à 52% pour les autres drogues. La prévalence avec le DSM 5 est sensiblement supérieure qu'avec le DSM-IV. (80)

Une autre étude ne s'est intéressée qu'à la dépendance à la cocaïne, au total 15% des patients ont des symptômes de TDAH à l'âge adulte (10% ont tous les critères du TDAH et 5% ont des symptômes infraliminaires). Les patients TDAH avaient un plus faible niveau d'éducation, un âge de début plus précoce de consommation de cocaïne, ils dépensaient plus d'argent pour avoir de la cocaïne dans le mois. 74% des patients consommateurs déclarent que la cocaïne aggrave les symptômes du TDAH, ainsi que les consommations d'alcool. (81)

Une étude internationale (réalisée en Europe, Australie, USA, Afrique et Amérique du Sud) évalue la prévalence du TDAH chez des patients addicts. 3558 sujets ont pu être inclus, et ils retrouvent une prévalence très élevée de 40,7% de patients TDAH (ce chiffre varie beaucoup entre les pays, 20,1% en Suisse et 60% en Norvège). (82)

Et pour finir une étude londonienne retrouve une prévalence de 12% de patients non diagnostiqués TDAH dans des unités d'addictologie. De plus ces patients avaient des niveaux plus élevés d'autodépréciation dans des domaines de la vie quotidienne, de plus hauts niveaux de consommation d'alcool et d'autres drogues, un risque suicidaire plus élevé et un taux de pathologie dépressive également augmenté. (84)

Certaines études se sont intéressées au rapport entre le TDAH et les addictions en fonction du sous-type de TDAH.

Le type combiné a plus de comorbidités en rapport avec le trouble des conduites. Il n'y a aucune différence sur la consommation de tabac entre les sous-types de TDAH. Le type combiné a également plus de diagnostic de dépendance, incluant des hauts taux de dépendance à l'alcool et à la cocaïne alors que le type inattentif retrouve plus d'abus d'alcool. La réponse au traitement est identique en fonction des sous-types de TDAH. (73)

Dans une étude américaine, comme dans toutes les études précédentes il est retrouvé un plus grand taux de consommation chez les patients TDAH. Les patients avec le sous-type TDAH combiné avaient des scores plus élevés pour toutes les drogues exceptées l'alcool. Les groupes TDAH hyperactif/impulsif avaient des scores plus élevés pour la nicotine, le cannabis, les substances sédatives, les stimulants et les opiacés. Alors que le type inattentif est présent pour toutes les addictions sauf pour l'alcool et les sédatifs. (79)

5) Le lien entre le TDAH et les troubles addictifs :

Les troubles addictifs commencent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Aux Etats-Unis, 9% des adolescents ont un trouble lié aux drogues et 6% remplissent les critères de l'utilisation abusive d'alcool. Les troubles addictifs sont également associés à plus d'échec scolaire, de comportements suicidaires ou dangereux. L'alcool et le cannabis sont les substances de prédilection des adolescents.

Les enfants avec un TDAH ont un risque plus élevé de développer une addiction, l'addiction la plus fréquemment retrouvée est la cigarette. Les troubles addictifs démarrent plus tôt chez les patients TDAH et s'encrent plus dans la chronicité.

Le lien entre les deux pathologies n'est pas clair. Certaines publications parlent de l'automédication réalisée par les patients pour apaiser leurs symptômes. Au niveau neurobiologique, il y a des anomalies communes au niveau du cortex frontal, du cervelet et d'autres structures corticales. Des études montrent des déficits dans l'activation du girus cingulaire antérieur et du système cortical frontal. Le développement du cortex frontal/exécutif/ inhibiteur et du système limbique/récompense qui est altéré dans le TDAH pourrait également être responsable d'un risque augmenté d'entrée dans une pathologie addictive. De plus, les désordres du système dopaminergiques et la perturbation du striatum sont des altérations retrouvées dans les deux troubles.

Il faut également noter la participation génétique dans les deux troubles. L'exposition in utero à la nicotine ou à l'alcool augmente le risque d'apparition d'un TDAH. (65)

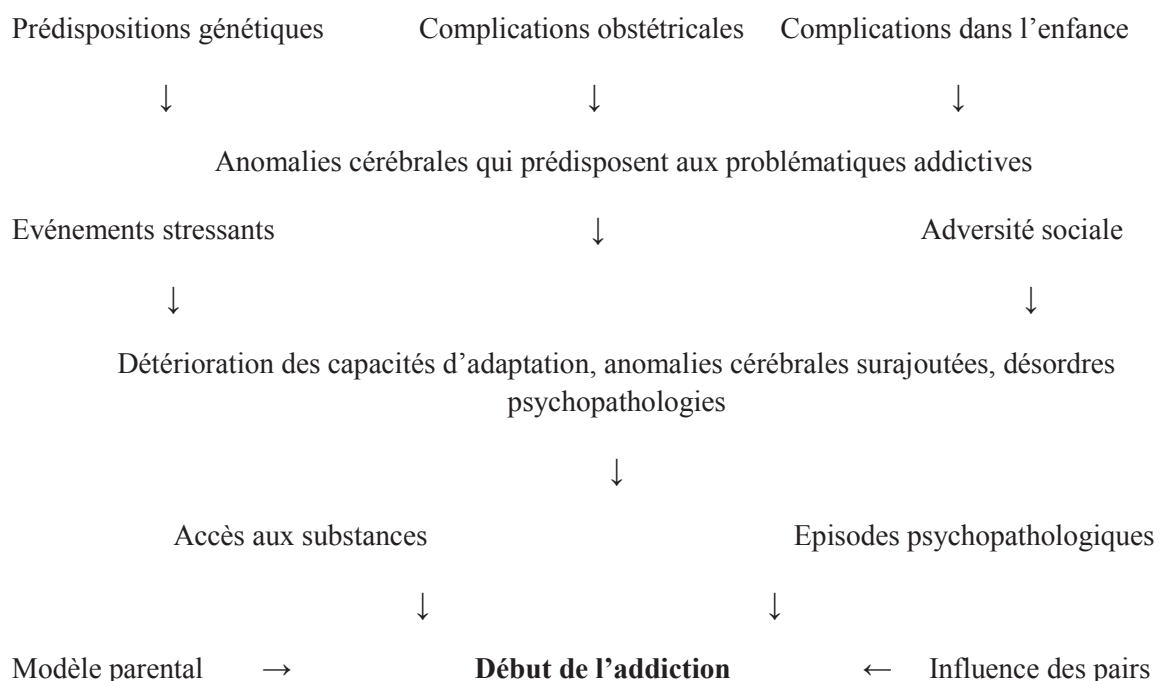
Les patients avec de hauts niveaux de trouble de l'attention ont un taux plus élevé de problèmes lié à l'utilisation de substances (en enlevant les facteurs confondants, les troubles de conduite, les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux), Les troubles attentionnels sont significativement liés à une utilisation régulière de tabac après 18 ans, et à la consommation de cocaïne. L'utilisation précoce de cannabis est significativement associée à l'apparition de problèmes addictifs. (75)

L'impulsivité et la prise de risque sont des conséquences associées aux deux troubles. Ainsi, de nombreuses prises de risque se retrouvent chez ces patients (conduites sexuelles à risque, accidents de voiture, problèmes avec la justice,...). (78)

Les abus de substances ont un impact négatif sur l'éducation, le développement émotionnel dans la jeunesse. La majorité des troubles addictifs débutent dans l'adolescence. La consommation précoce de nicotine pourrait induire une sensibilisation neuronale qui prédisposerait à un comportement addictif plus tard. Le fait d'avoir un TDAH augmente le risque de rechute et le temps de consommation. Les troubles addictifs sont plus sévères.

Une association familiale a été documentée entre le TDAH et les addictions au premier et au second degré dans les familles avec des enfants TDAH. Des études génétiques contrôlées sur le TDAH ont supposé que la transmission du TDAH et des troubles addictifs est indépendante. On note un nombre élevé d'enfants TDAH chez les parents consommateurs. Les facteurs environnementaux sont également très importants, ils augmentent ou diminuent le risque de développer une addiction. On peut faire l'hypothèse que les enfants auraient un risque augmenté de consommation par imitation de comportements des parents consommateurs. Des parents qui sont dans un « laisser faire », avec peu de consistance familiale ont un risque augmenté que leurs enfants consomment à l'adolescence

Développement hypothétique des addictions :



L'exposition au tabac et à l'alcool durant le temps gestationnel est un facteur de risque de développer un TDAH. Par exemple, les enfants avec un syndrome d'alcoolisation fœtal ont un risque augmenté de développer un TDAH.

L'abus de substance est élevé chez les adolescents avec un haut niveau de recherche de nouveauté. La recherche de nouveauté, l'impulsivité, l'excitabilité sont également des indicateurs dans le TDAH. Le gène DRD4 impliqué dans la recherche de nouveauté dans le TDAH l'est également dans les pathologies addictives. Les études animales montrent des hauts niveaux de dopamine dans le noyau accumbens avec le facteur recherche de nouveauté.

Des déficits neurologiques sont mis en évidence dans les deux pathologies. Ces déficits sont associés à des performances affaiblies sur les tâches évaluant la vigilance, la rapidité motrice, la réponse inhibitrice, l'apprentissage verbal et la mémoire de travail. Ce sont principalement des dysfonctions exécutives qui sont retrouvées dans le TDAH. De même, des dysfonctions neuropsychologiques et des troubles de l'apprentissage sont des facteurs de risque d'addictions. Des travaux suggèrent qu'il y a des zones cérébrales interdépendantes qui peuvent se chevaucher pour expliquer les déficiences attentionnelles et exécutives dans le TDAH et les pathologies addictives. Les substances peuvent modifier le développement neurologique des adolescents, particulièrement la motivation et l'impulsivité. Les substances altèrent également la plasticité neuronale. De nombreuses régions du cerveau sont altérées et responsables de comportements addictifs, ces mêmes régions sont impliquées dans les TDAH, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. (83)

6) Les substances les plus fréquemment rencontrées :

Le tabac et l'alcool sont les substances les plus consommées chez les adultes hyperactifs (51). De nombreuses études prospectives montrent que les enfants TDAH ont un risque accru de développer une dépendance au tabac et d'avoir un abus de substance par la suite. 13 études montrent que le TDAH est associé à une dépendance à l'alcool et aux drogues à l'âge adulte et à l'utilisation de nicotine dans l'adolescence. (67)

Le tabac reste la première addiction rencontrée chez les patients TDAH. Ce dernier est un inducteur significatif d'utilisation précoce de la cigarette. Le trouble des conduites et les troubles de l'humeur accentuent le phénomène. Une des explications possibles serait l'automédication, la nicotine apaiserait les symptômes du TDAH. (67)

Les adultes TDAH auraient un plus grand risque de développer une dépendance aux produits, en particulier une dépendance aux amphétamines et à la cocaïne (tous les psychostimulants) ce qui serait toujours dans l'hypothèse de l'automédication, mais comme nous l'avons déjà vu, ces résultats restent très controversés. (74)

Le TDAH est la seconde comorbidité la plus commune chez les patients dépendants au cannabis, de façon équivalente entre les hommes et les femmes. Le haut risque de fumer des cigarettes dans le TDAH est équivalent dans les deux sexes. (83)

7) Les troubles comorbides :

La présence d'un trouble des conduites chez les enfants TDAH est associée à un facteur de risque significatif d'entrée dans un trouble addictif. (65, 67,83)

Les troubles des conduites et les troubles bipolaires peuvent induire un risque accru de troubles addictifs et de TDAH. (65)

La relation entre le TDAH et l'abus de substance dépend de nombreux facteurs, notamment des comorbidités psychiatriques. Et en particulier le trouble des conduites (ainsi que le trouble oppositionnel avec provocation). Ainsi, on pourrait conclure que le TDAH ne contribue pas, seul, à l'émergence d'abus de substance.

Le taux de comorbidité entre le TDAH et le trouble des conduites est entre 30 et 45%. (66, 70, 74) De cette façon, le trouble des conduites peut expliquer la prévalence des abus de substance chez les jeunes patients. L'association entre les deux troubles augmente encore plus le risque d'addiction. Il y aurait également une relation avec le sexe, effectivement les hommes développent plus ce type de trouble que les femmes. (66)

D'autres références montrent des résultats opposés, effectivement plusieurs études épidémiologiques montrent un risque plus élevé chez les filles TDAH de consommer du tabac à l'adolescence que les garçons. De même pour les autres substances, les filles seraient plus à risque de développer des addictions, en particulier quand elles ont également un trouble des conduites. Des données montrent que les filles avec un TDAH développeraient environ deux ans plus tôt des pathologies addictives par rapport aux garçons. Mais les raisons de cette différence sont peu claires. (83)

Les problèmes attentionnels précoces prédisent le développement de difficultés scolaires mais pas de développement de comportement antisocial ou criminel. Les troubles des conduites précoces prédisent le développement de comportement antisocial et criminel mais pas de difficultés scolaires. L'association des deux troubles augmente le développement de toutes les problématiques. (74)

Dans cette étude, qui ne prend en compte que des adolescents entre 11 et 17 ans, le groupe avec TDAH et trouble des conduites consomme plus de drogues, chez les garçons et chez les filles. Le trouble des conduites est associé à un plus grand risque de consommation. Par la suite les adolescents qui développent un trouble de personnalité anti-sociale sont plus sujets à consommer des drogues. (70)

La personnalité anti-sociale est représentée de façon majeure chez les patients adultes avec TDAH et une addiction. (27% contre 8% de la population contrôle). Les comorbidités psychiatriques sont significativement plus rencontrées chez les patients TDAH. (72)

Approximativement 20% des patients avec troubles des conduites chez les patients consommateurs ont un trouble dépressif qui n'est pas secondaire aux abus de substances. Le trouble bipolaire précoce à l'adolescence a une forte prévalence avec le TDAH, et un risque augmenté de développer une addiction. De nombreuses études montrent que le TDAH, le trouble des conduites et le trouble bipolaire précèdent l'apparition d'une addiction. (83)

8) Des perspectives sur le traitement:

Le traitement par psychostimulants (traitement par méthylphénidate, traitement de référence chez les patients TDAH) n'influence pas l'apparition d'un trouble addictif à l'âge adulte. Il réduirait même le risque d'entrée dans un trouble addictif particulièrement chez les adolescents. (65,66, 83) Le traitement par psychostimulant réduit les troubles du comportement et notamment les taux de criminalité. (65) Il réduirait également l'apparition des troubles de l'humeur. (83)

Au niveau du traitement des patient TDAH avec une comorbidité addictive, les thérapies cognitivo-comportementales restent l'outil de première intention, avant les traitements pharmacologiques. (65, 67, 83) Les traitements psychostimulants diminuent les symptômes du TDAH, mais dans de nombreuses études, il est recommandé d'utiliser des molécules non-psychostimulantes comme

l'atomoxétine ou le bupropion, chez les patients addicts. Il y a moins de risque de dérive des médicaments et d'abus. (65, 67)

Les études ayant essayé les psychostimulants sont rares, mais ne montrent pas de mésusage, par contre l'efficacité du traitement reste très variable en fonction des études. (67)

En 2002, 3% de l'ensemble des enfants aux Etats-Unis âgés de plus de 18 ans ont une prescription par psychostimulants contre 74% des enfants de moins de 18 ans traités pour le TDAH. Il existe une grande controverse à prescrire des psychostimulants chez les adultes à cause des risques d'abus. (66)

La question du mésusage ou du détournement des psychostimulants dans le TDAH pose question. Dans les études, seulement 5% des collégiens ont un mésusage des psychostimulants, ils sont détournés pour les effets cognitifs (performance scolaire) et euphoriques. La majorité des collégiens ou lycéens obtiennent le traitement par des amis. (67) Dans une autre étude 11% des jeunes adultes (environ 21 ans) vendraient leur traitement. Tous les patients consommaient des substances ou avaient un trouble des conduites. (83)

Dans tous les cas, pour traiter les patients avec un TDAH et une problématique addictive, il est recommandé de stabiliser l'addiction dans un premier temps. Après, en fonction de la dépendance des patients, certains pourraient bénéficier d'un traitement. (67)

ETUDE :

1) Introduction :

Comme nous avons pu le voir, la problématique addictive est rarement isolée chez nos patients. La recherche des comorbidités paraît donc essentielle pour mieux les prendre en charge.

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte est une pathologie qui n'est pas recherchée en pratique quotidienne chez les patients avec un trouble addictif.

L'objectif de notre travail était de définir une population qui vient consulter en ambulatoire pour un problème addictif, principalement dans les CSAPA (centre de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie). Et nous voulions estimer le pourcentage de patients ayant un TDAH dans cette population, les addictions les plus fréquemment retrouvées, les comorbidités psychiatriques, et définir un score de qualité de vie pour ces patients.

Notre hypothèse principale serait de retrouver un pourcentage plus élevé de TDAH dans la population addictive que dans la population générale (en se basant sur des données de la littérature), de plus les patients avec un TDAH devraient avoir plus de comorbidités psychiatriques et un moins bon score de qualité de vie.

2) Matériels et Méthodes :

La population étudiée est une population qui consulte en ambulatoire (CSAPA) dans les Alpes Maritimes, 5 centres ont fait partie de l'étude :

-CSAPA d'Antibes

-CSAPA de l'Archet II

-CSAPA Emergence

-CSAPA Malausséna

-CSAPA de Menton

Les questionnaires de dépistage (ASRS) du TDAH avec une fiche de renseignements ont été remis dans tous les secrétariats des CSAPA (sauf au CSAPA Emergence où il n'y a pas de secrétariat, les questionnaires ont été remis au médecin du centre ainsi qu'à l'infirmière méthadone). (Cf. annexe 1 et 2).

Pour rappel, le test de dépistage de l'ASRS est le seul test validé en français pour la population adulte dans le dépistage du TDAH, il est constitué de 18 items. Mais seuls les 6 premiers items sont importants, si le patient coche pour 4 items ou plus, il présente des symptômes très évocateurs de TDAH et nécessite une évaluation plus poussée.

Tout patient qui consulte au CSAPA pouvait remplir le questionnaire, la seule condition était qu'il soit d'accord pour remplir le questionnaire et qui le comprenne (c'est-à-dire que le patient parle français et qu'il soit en mesure de comprendre les questions).

La période de distribution des questionnaires a duré deux mois (de Mars 2015 à Avril 2015), les questionnaires étaient récupérés dans les CSAPA tous les 15 jours, quand il y avait des données manquantes, les informations étaient récupérées dans les dossiers des patients.

Il était demandé aux patients de laisser leur numéro de téléphone sur la fiche de renseignements afin d'être recontactés.

Tous les patients ont été recontactés par téléphone (qu'ils soient positifs ou négatifs au test de dépistage ASRS), afin de prendre un rendez-vous dans leur centre pour poursuivre les investigations.

Il fallait que le patient soit d'accord pour se déplacer dans son centre de consultation habituel, et pour passer les différents tests (1h30 de passation environ).

Pour les patients positifs à l'ASRS :

- Une fiche de renseignements sur l'addiction cf. annexe 3

- Entretien semi-structuré le DIVA (diagnostic du TDAH) : cf. annexe 4

- WURS : wender utah rating scale (échelle rétrospective du diagnostic du TDAH dans l'enfance) : échelle courte, seule version validée en français pour les adultes, un score supérieur à 46 est prédictif d'un TDAH dans l'enfance. cf. annexe 5

- MINI questionnaire semi-structuré pour la recherche des comorbidités psychiatriques. Les items sur l'addiction n'ont pas été réalisés auprès des patients, et l'item état de stress post-traumatique n'était également pas réalisé au cours de l'entretien. cf. annexe 6

- Questionnaire de qualité de vie. cf. annexe 7

Pour les patients négatifs à l'ASRS :

- Fiche de renseignements sur l'addiction

- MINI questionnaire semi-structuré pour la recherche des comorbidités psychiatriques

- Questionnaire de qualité de vie

La période d'inclusion a été réalisée de Mai 2015 à Octobre 2015.

Ethique : Sur le formulaire patient avec le questionnaire de dépistage, le patient donnait son accord pour participer à cette étude, il était précisé que ce travail était destiné à réaliser une thèse de médecine, dans le cadre de la deuxième partie de l'étude, à l'oral le patient donnait son accord pour remplir tous les tests. Le patient conservait son anonymat pour l'étude.

3) Résultats :

Au total ,166 patients ont rempli le test de dépistage dans les différents centres de consultation. 54 patients ont un test positif à l'ASRS et donc 112 sont négatifs au test de dépistage. Ce qui fait un taux de positif de 32,5% dans cette population.

Voici les caractéristiques sociodémographiques des patients inclus dans l'étude en fonction de la réponse à l'ASRS.

N=166	ASRS négatif (n=112)		ASRS positif (n=54)			Total en nombre
	moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	p-value	
Age	46,1	13,1	43,9	13,2	0,313	
	nombre	%	nombre	%	p-value	
Sexe					0,357	
Homme	90	69,2	40	30,8		130
Femme	22	61,1	14	38,9		36
Profession					0,351	
Etudiant	3	60,0	2	40,0		5
Invalide	2	66,7	1	33,3		3
Retraité	11	84,6	2	15,4		13
Sans emploi	45	60,8	29	39,2		74
Travailleur	49	72,1	19	27,9		68
Matrimonial					0,957	
Célibataire	79	66,9	39	33,1		118
En couple	31	67,4	15	32,6		46

Dans cet échantillon, il y a une majorité d'hommes qui consultent et la majorité des patients sont célibataires.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les deux groupes.

Voici la répartition des patients en fonction des centres de consultation :

	ASRS négatif (112)		ASRS positif (54)		p	Total en nombre
CSAPA	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage	0,746	
Antibes	58	64,4	32	35,6		90
Emergence	8	66,7	4	33,3		12
Malausséna	19	65,5	10	34,5		29
Menton	6	85,7	1	14,3		7
Archet 2	21	75,0	7	25,0		28

Voici les addictions retrouvées chez nos patients en fonction du test de dépistage :

	ARSR négatif (112)		ASRS positif (54)		p	Total en nombre
Addictions	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage	0,105	
Opiacés	26	65,0	14	35,0		40
Alcool	45	80,4	11	19,6		56
Amphétamines, cocaïne	0	0,0	1	100,0		1
Cannabis	11	55,0	9	45,0		20
Médicamenteuse	8	72,7	3	27,3		11
Comportementale	3	60,0	2	40,0		5
Polyaddictions	19	57,6	14	42,4		33
Tabac					0,971	
Non	21	67,7	10	32,3		31
Oui	91	67,4	44	32,6		135

Le tabac était une catégorie à part dans le questionnaire, car très souvent les patients oublient de le mentionner. Les addictions les plus fréquemment retrouvées dans cet échantillon sont : le tabac (135 patients fument), l'alcool (56 patients consomment de l'alcool), et les opiacés (40 patients).

Aucune différence significative n'est retrouvée dans les deux groupes.

On parle de polyaddiction lorsque le patient mentionnait au moins deux addictions (sans compter le tabac), voici le détail de ces consommations :

Polyaddictions	Nombre : 33
Opiacés	23
Alcool	23
Cannabis	13
Amphétamines, cocaïne	9
Médicamenteuse	3
Comportementale	2

Par la suite, tous les patients ont été contactés par téléphone :

Sur les 166 patients :

Seulement 33 patients ont été d'accord pour se déplacer et poursuivre les investigations.

75 patients ont été contactés, aucune réponse (message laissé sur le répondeur).

40 ont refusé.

9 patients ont pris un rendez-vous mais l'ont annulé par la suite.

7 patients ont pris rendez-vous mais ne sont pas venus au rendez-vous.

1 patient ne consultait plus au centre.

1 patient était décédé.

Voici les différences entre les patients qui sont venus consulter et les patients qui n'ont pas répondu :

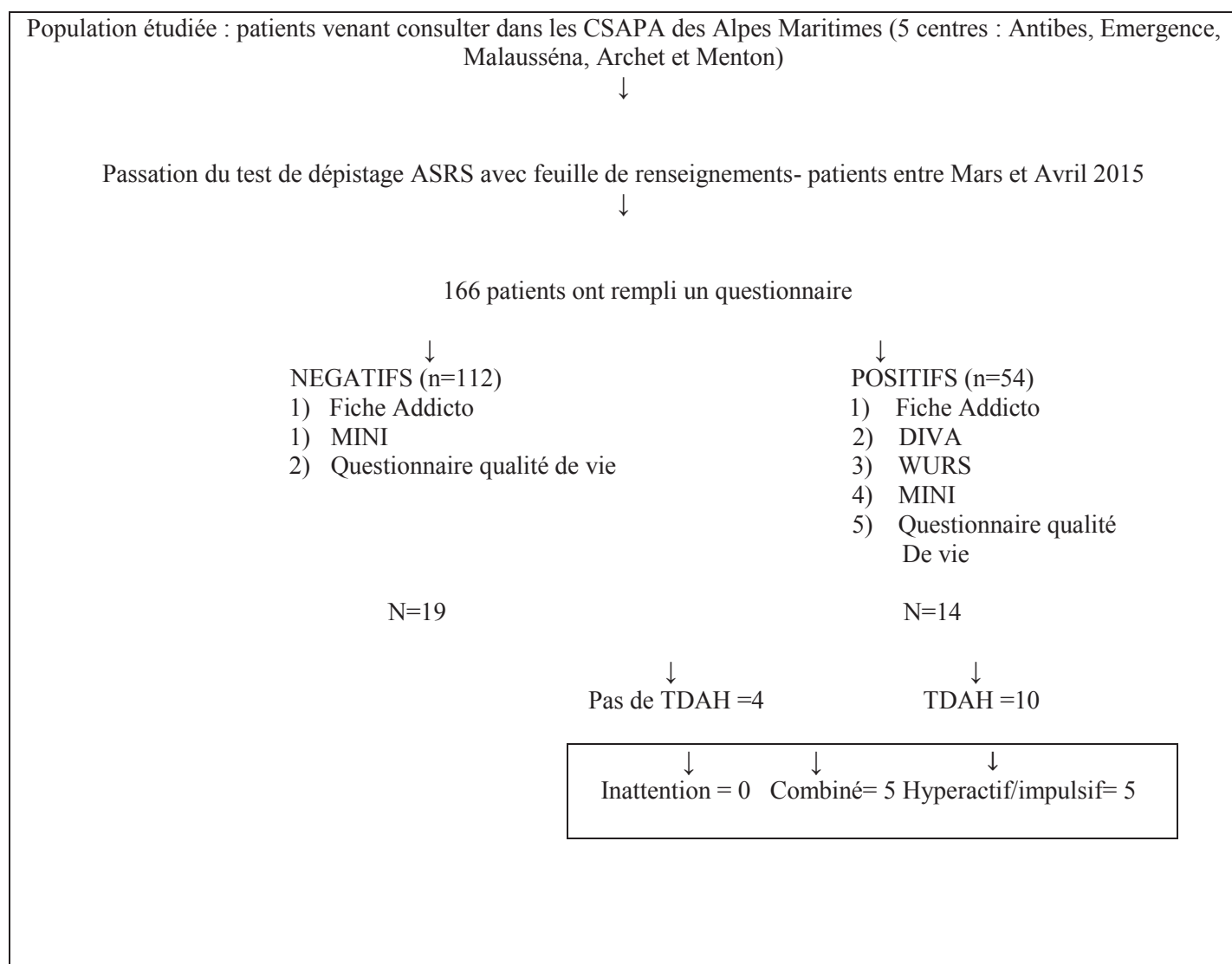
N=166	Non répondant 2eme partie (n=133)		Répondant 2eme partie (n=33)		
	moyenne	Ecart type	moyenne	Ecart type	p-value
Age	44,7	13,3	48,2	12,2	0,166
	nombre	%	nombre	%	p-value
ASRS					0,175
Négatif	93	83,0	19	17,0	
Positif	40	74,1	14	25,9	
Sexe					0,001
Homme	111	85,4	19	14,6	
Femme	22	61,1	14	38,9	
Addictions					0,480
Opiacés	34	85,0	6	15,0	
Alcool	47	83,9	9	16,1	
Amphétamines, cocaïne	1	100,0	0	0,0	
Cannabis	16	80,0	4	20,0	
Médicamenteuse	7	63,6	4	36,4	
Comportementale	3	60,0	2	40,0	
Polyaddictions	25	75,8	8	24,2	
Tabac					0,935
Non	25	80,6	6	19,4	
Oui	108	80,0	27	20,0	
CSAPA					0,736
Antibes	73	81,1	17	18,9	
Emergence	11	91,7	1	8,3	
Malausséna	21	72,4	8	27,6	
Menton	6	85,7	1	14,3	
Archet 2	22	78,6	6	21,4	
Profession					0,592
Etudiant	5	100,0	0	0,0	
Invalide	2	66,7	1	33,3	
Retraité	9	69,2	4	30,8	
Sans emploi	59	79,7	15	20,3	
Travailleur	55	80,9	13	19,1	
Matrimonial					0,747
Célibataire	95	80,5	23	19,5	
En couple	36	78,3	10	21,7	

De ces données nous pouvons faire ressortir que les femmes viennent consulter beaucoup plus que les hommes (14 femmes sur les 33 patients qui ont accepté de faire la deuxième partie de l'étude). La situation professionnelle n'intervient pas dans le déplacement des patients à la consultation. Et il n'y a aucune différence significative en fonction du résultat de l'ASRS.

Sur les 33 patients qui ont été revus :

19 étaient négatifs au test de l'ASRS et 14 étaient positifs au test de dépistage.

Voici le diagramme de l'étude :



L'âge moyen d'apparition des troubles est de 24,7 ans pour l'ensemble de l'échantillon. Pour les patients TDAH, l'âge d'apparition des troubles est en moyenne (pour les 10 patients) de 21,9 ans, pour les patients non TDAH de 25,9 ans.

-Addictions :

Sur les 33 patients : 9 patients consomment des opiacés : 6 patients ont arrêté leurs consommations, 2 patients consomment encore de l'héroïne en sniff et un patient fait un mauvais usage du subutex.

Sur les 33 patients, 11 ont un traitement substitutif aux opiacés.

Pour les consommations d'alcool, 18 patients en consomment ou en consommaient, 6 patients ont arrêté leur consommation, 11 patients consomment du vin ou de la bière, et un patient consomme des alcools forts. 7 patients bénéficient d'un traitement à l'aide de l'abstinence pour l'alcool.

Sur les 33 patients, 10 consomment du cannabis de façon régulière ou occasionnelle.

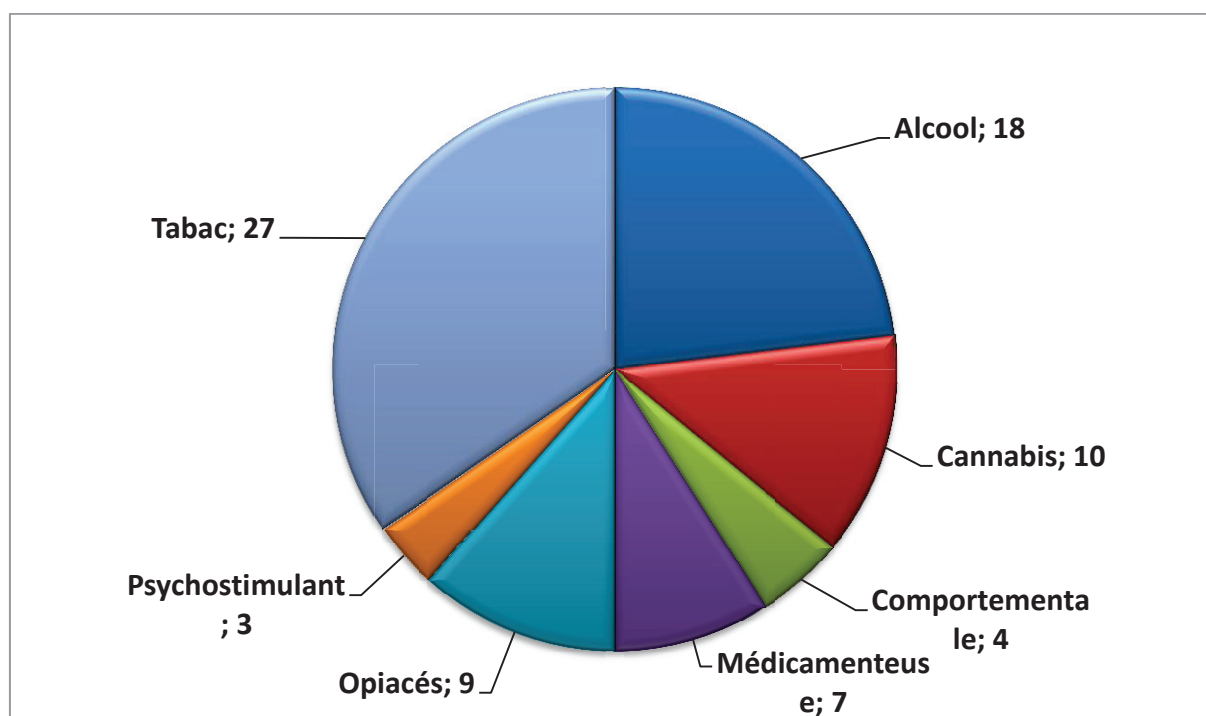
3 patients consomment des amphétamines et de la cocaïne, 7 patientes déclarent avoir une addiction médicamenteuse (les molécules rencontrées sont le seresta, le lexomil, le xanax et le stilnox). Enfin, 4 patients souffrent d'addiction comportementale (trouble du comportement alimentaire pour les 4 patients, 3 femmes et un homme).

Parmi les 33 patients, 23 déclarent avoir déjà eu des périodes d'abstinence dans leur consommation.

Pour le tabac, 27 patients fument quotidiennement, une seule patiente consulte au CSAPA pour cette raison et désire arrêter.

Addictions		nombre	pourcentage
Opiacés			
Non		24	72,7
Oui		9	27,3
Médicamenteuse			
Non		26	78,8
Oui		7	21,2
Psychostimulant			
Non		30	90,9
Oui		3	9,1
Comportementale			
Non		29	87,9
Oui		4	12,1
Alcool			
Non		15	45,5
Oui		18	54,5
Cannabis			
Non		23	69,7
Oui		10	33,3
Tabac			
Non		6	18,2
Oui		27	81,8

Addictions retrouvées chez les 33 patients :



-Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité :

Les patients en fonction de leur résultat au test de dépistage de l'ASRS, passaient l'entretien semi-structuré le DIVA et un auto-questionnaire la WURS : Wender Utah Rating Scale.

14 patients positifs à l'ASRS sont venus en consultation pour poursuivre les investigations. Seulement 10 patients obtiennent un diagnostic de trouble déficit de l'attention : 5 un type combiné et 5 un type hyperactif/impulsif (nous ne retrouvons pas de type inattentif pur).

L'âge moyen de début des symptômes est de 8 ans. L'âge moyen de ce groupe de patients est de 45,8 ans. Il y avait 5 hommes et 5 femmes. Il y a quatre type hyperactif/impulsif chez les femmes et un type combiné. Pour les hommes, il y a un type hyperactif/impulsif et quatre type combiné.

Dans ce groupe 5 patients sont en couple et 5 patients sont célibataires, 1 patient est retraité, 4 patients travaillent et 5 patients sont sans emploi. 7 patients viennent du CSAPA d'Antibes, 2 patients de Malausséna, et 1 patient du CSAPA de l'Archet.

Dans ce groupe, 3 patients consomment des opiacés, 1 patient a une addiction médicamenteuse, 1 patient a une addiction comportementale, et 7 patients ont une addiction à l'alcool. Aucun patient n'a d'addiction aux psychostimulants. Il y a cinq patients qui consomment du cannabis et sept patients du tabac.

Pour les 4 patients qui n'ont pas de diagnostic de TDAH, l'âge moyen est de 43 ans, il y a 3 hommes et une femme, un patient travaille, les trois autres sont sans emploi, trois patients sont célibataires et un patient est en couple. Deux patients viennent du CSAPA d'Antibes, un patient de Malausséna et un patient de Menton. Deux patients consomment des opiacés, un patient a une addiction médicamenteuse, un patient a une addiction aux psychostimulant, et trois patients ont une problématique d'alcool. Les quatre patients consomment du tabac et du cannabis.

	TDAH		Pas de TDAH	
Femme/Homme	5	5	1	3
Situation matrimoniale En couple/Célibataire	5	5	1	3
Situation professionnelle :				
Travailleur	4		1	
Sans Emploi	5		3	
Retraité	1		0	
CSAPA :				
Antibes	7		2	
Malausséna	2		1	
Archet	1		0	
Menton	0		1	
Emergence	0		0	
Addictions :				
Opiacés	3		2	
Médicaments	1		1	
Comportementale	1		0	
Alcool	7		3	
Psychostimulants	0		1	
Tabac	7		4	
Cannabis	5		4	

Aucune différence significative n'est retrouvée entre ces deux groupes.

-Le DIVA :

Nous retrouvons 5 patients avec un diagnostic de TDAH de type combiné et 5 patients avec un type hyperactif/impulsif. Quatre patients rapportent le début des symptômes au-delà de l'âge 7ans (écart compris entre 7 et 12 ans). Tous ces patients rapportent un impact dans la vie quotidienne des symptômes (dans au moins deux types différents d'environnement).

-La WURS :

Sur les 14 patients, le score moyen est de 46,1. (Le score de significativité pour le TDAH est de 46). Pour les patients avec un TDAH, le score moyen est de 53,4 (avec un écart entre 33 et 80). **Sur cette donnée, il faut noter que seulement 5 patients sur les 10 obtiennent un score supérieur à 46** : trois hyperactifs/impulsifs et deux combinés.

-Les comorbidités psychiatriques :

Voici les caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon :

MINI		nombre	pourcentage
Dépression	33		
Non		16	48,5
Episode dépressif majeur actuel		5	15,2
Episode dépressif majeur actuel avec caractéristiques mélancoliques		1	3,0
Episode dépressif majeur actuel et passé		5	15,2
Episode dépressif majeur actuel et passé avec caractéristiques mélancoliques		5	15,2
Episode dépressif majeur passé		1	3,0
Dépression	33		
Non		16	48,5
Oui		17	51,5
Dysthymie actuelle	33		
Non		24	72,7
Oui		9	27,3
Risque suicidaire	33		
Non		20	60,6
Elevé		8	24,2
Léger		5	15,2
Risque suicidaire	33		
Non		20	60,6
Oui		13	39,4
Episode hypomaniaque ou maniaque	33		
Non		28	84,8
Episode hypomaniaque passé		1	3,0
Episode maniaque passé		4	12,1
Maniaque ou hypomaniaque	33		
Non		28	84,8
Oui		5	15,2
Trouble panique	33		
Non		26	78,8
Attaques de panique paucisymptomatique		6	18,2
Trouble panique actuel		1	3,0
Trouble panique	33		
Non		26	78,8
Oui		7	21,2
Agoraphobie	33		
Non		28	84,8
Oui		5	15,2
Phobie sociale	33		
Non		29	87,9
Oui		4	12,1

Trouble obsessionnel compulsif	33		
Non		31	93,9
Oui		2	6,1
Troubles psychotiques	33		
Non		31	93,9
Oui		2	6,1
Boulimie	33		
Non		28	84,8
Oui		5	15,2
Anxiété généralisée	33		
Non		22	66,7
Oui		11	33,3
Trouble conduite personnalité	33		
Non		28	84,8
Trouble de la personnalité antisociale vie entière		1	3,0
Trouble des conduites dans l'enfance		2	6,1
Trouble des conduites dans l'enfance et trouble de la personnalité antisociale vie entière		2	6,1
Trouble conduite personnalité	33		
Non		28	84,8
Oui		5	15,2

Nous notons que 51,5% de cette population présente des caractéristiques dépressives, 27,3% une dysthymie avec 39,4% un risque suicidaire non négligeable. 15,2% des patients ont présenté un trouble maniaque ou hypomaniaque passé (aucun patient ne présentait des troubles maniaques au moment de l'entretien). Ce qui laisse les troubles de l'humeur en première position dans les troubles psychiatriques comorbides.

En ce qui concerne le trouble panique, seulement un patient présente les critères pour un trouble panique, les six autres patients avaient déjà fait des attaques de panique sans souffrir du trouble.

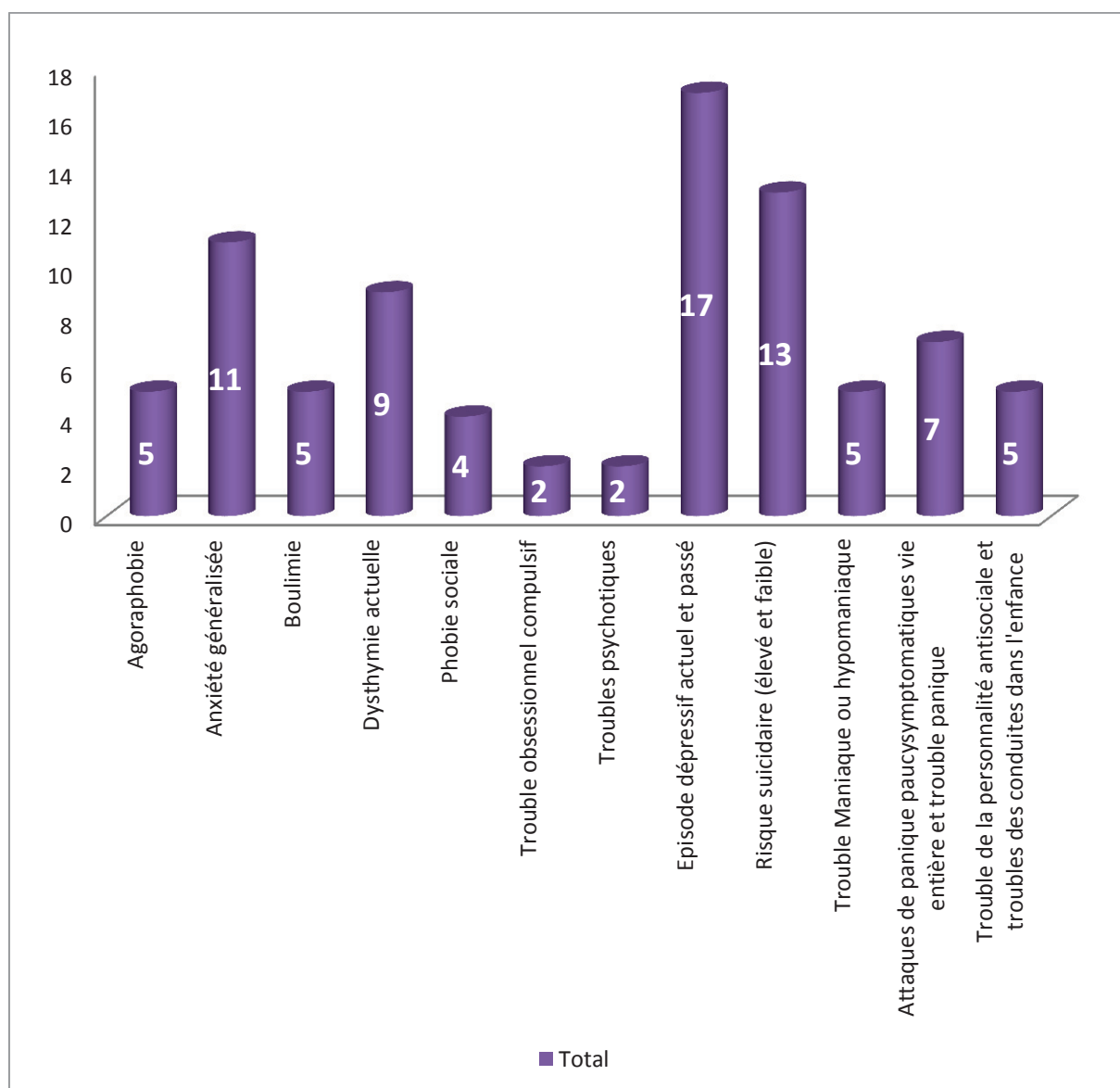
Deux patients présentaient des troubles psychotiques au moment de l'entretien.

Cinq patients présentent les critères pour une boulimie. Aucun patient ne présentait les symptômes de l'anorexie mentale.

Onze patients (33,3%) souffrent d'une anxiété généralisée.

Et pour finir, 3 patients présentent une personnalité antisociale à l'âge adulte (deux de ces patients rapportent un trouble des conduites dans l'enfance) et deux patients un trouble des conduites dans l'enfance sans symptôme à l'âge adulte.

Comorbidités psychiatriques retrouvées chez les 33 patients :



Voici les résultats de la MINI en fonction des résultats de l'ASRS et du DIVA :

MINI	ARSR négatif (N=19)		DIVA positif (N=10)		DIVA négatif (N=4)	
	n	pourcentage	n	pourcentage	n	pourcentage
Dépression						
Non	12	75,0	3	30,0	1	25,0
Episode dépressif majeur actuel	2	40,0	2	20,0	1	25,0
Episode dépressif majeur actuel avec caractéristiques mélancoliques	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Episode dépressif majeur actuel et passé	3	60,0	1	10,0	1	25,0
Episode dépressif majeur actuel et passé avec caractéristiques mélancoliques	2	40,0	2	20,0	1	25,0
Episode dépressif majeur passé	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Dépression						
Non	12	75,0	3	30,0	1	25,0
Oui	7	41,2	7	70,0	3	75,0
Dysthymie actuelle						
Non	13	54,2	8	80,0	3	75,0
Oui	6	66,7	2	20,0	1	25,0
Risque suicidaire						
Non	13	65,0	6	60,0	1	25,0
Elevé	5	62,5	1	10,0	2	50,0
Léger	1	20,0	3	30,0	1	25,0
Risque suicidaire						
Non	13	65,0	6	60,0	1	25,0
Oui	6	46,2	4	40,0	3	75,0
Episode hypomaniaque ou maniaque						
Non	17	60,7	8	80,0	3	75,0
Episode hypomaniaque passé	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Episode maniaque passé	2	50,0	1	10,0	1	25,0
Maniaque ou hypomaniaque						
Non	17	60,7	8	80,0	3	75,0
Oui	2	40,0	2	20,0	1	25,0
Trouble panique						
Non	15	57,7	7	70,0	4	100,0
Attaques de panique paucisymptomatique	3	50,0	3	30,0	0	0,0
Trouble panique actuel	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Trouble panique						
Non	15	57,7	7	70,0	4	100,0
Oui	4	57,1	3	30,0	0	0,0
Agoraphobie						

Non	16	57,1	8	80,0	4	100,0
Oui	3	60,0	2	20,0	0	0,0
Phobie sociale						
Non	17	58,6	8	80,0	4	100,0
Oui	2	50,0	2	20,0	0	0,0
Trouble obsessionnel compulsif						
Non	18	58,1	9	90,0	4	100,0
Oui	1	50,0	1	10,0	0	0,0
Troubles psychotiques						
Non	17	54,8	10	100,0	4	100,0
Oui	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Boulimie						
Non	15	53,6	9	90,0	4	100,0
Oui	4	80,0	1	10,0	0	0,0
Anxiété généralisée						
Non	14	63,6	5	50,0	3	75,0
Oui	5	45,5	5	50,0	1	25,0
Trouble conduite personnalité						
Non	18	64,3	7	70,0	3	75,0
Trouble de la personnalité antisociale vie entière	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Trouble des conduites dans l'enfance	0	0,0	2	20,0	0	0,0
Trouble des conduites dans l'enfance et trouble de la personnalité antisociale vie entière	1	50,0	1	10,0	0	0,0
Trouble conduite personnalité						
Non	18	64,3	7	70,0	3	75,0
Oui	1	20,0	3	30,0	1	25,0

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les groupes. En ce qui concerne les troubles panique, l'agoraphobie, et la phobie sociale, le faible nombre de cas ne permet pas de mettre en avant une différence entre les groupes. Pour les troubles thymiques, ils restent les plus fréquemment retrouvés dans tous les groupes.

Les deux patients qui présentent des troubles psychotiques sont dans le groupe ARSR négatif.

Pour les troubles du comportement alimentaire, nous retrouvons quatre cas dans le groupe ARSR négatif et un cas dans le groupe TDAH positif (DIVA positif).

En ce qui concerne les troubles de personnalité antisociale, nous pouvons noter que trois patients sur les cinq sont dans le groupe TDAH positif.

Quand nous synthétisons les données, en formant un groupe TDAH (DIVA positif) et un groupe non TDAH (ASRS négatif et DIVA négatif), nous retrouvons les résultats suivants :

MINI	TDAH		Non TDAH	
Dépression	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
Non	3	30,0	13	56,5
Episode dépressif majeur actuel	2	20,0	3	13,0
Episode dépressif majeur actuel avec caractéristiques mélancoliques	1	10,0	0	0,0
Episode dépressif majeur actuel et passé	1	10,0	4	17,4
Episode dépressif majeur actuel et passé avec caractéristiques mélancoliques	2	20,0	3	13,0
Episode dépressif majeur passé	1	10,0	0	0,0
Dépression				
Non	3	30,0	13	56,5
Oui	7	70,0	10	43,5
Dysthymie actuelle				
Non	8	80,0	16	69,6
Oui	2	20,0	7	30,4
Risque suicidaire				
Non	6	60,0	14	60,9
Elevé	1	10,0	7	30,4
Léger	3	30,0	2	8,7
Risque suicidaire				
Non	6	60,0	14	60,9
Oui	4	40,0	9	39,1
Episode hypomaniaque ou maniaque				
Non	8	80,0	20	86,9
Episode hypomaniaque passé	1	10,0	0	0,0
Episode maniaque passé	1	10,0	3	13,0
Maniaque ou hypomaniaque				
Non	8	80,0	20	86,9
Oui	2	20,0	3	13,0
Trouble panique				
Non	7	70,0	19	82,6
Attaques de panique paucisymptomatique	3	30,0	3	13,0
Trouble panique actuel	0	0,0	1	4,3
Trouble panique				
Non	7	70,0	19	82,6
Oui	3	30,0	4	17,4

Agoraphobie				
Non	8	80,0	20	86,9
Oui	2	20,0	3	13,0
Phobie sociale				
Non	8	80,0	21	91,3
Oui	2	20,0	2	8,7
Trouble obsessionnel compulsif				
Non	9	90,0	22	95,6
Oui	1	10,0	1	4,3
Troubles psychotiques				
Non	10	100,0	21	91,3
Oui	0	0,0	2	8,7
Boulimie				
Non	9	90,0	19	82,6
Oui	1	10,0	4	17,4
Anxiété généralisée				
Non	5	50,0	17	73,9
Oui	5	50,0	6	26,0
Trouble conduite personnalité				
Non	7	70,0	21	91,3
Trouble de la personnalité antisociale vie entière	0	0,0	1	4,3
Trouble des conduites dans l'enfance	2	20,0	0	0,0
Trouble des conduites dans l'enfance et trouble de la personnalité antisociale vie entière	1	10,0	1	4,3
Trouble conduite personnalité				
Non	7	70,0	21	91,3
Oui	3	30,0	2	8,7

On retrouve davantage de symptômes dépressifs dans le groupe TDAH, 70% contre 43,5% dans le groupe non TDAH. Au niveau du critère dysthymie les résultats sont inversés, on retrouve 20% de dysthymie dans le groupe TDAH et 30,4% dans le groupe non TDAH.

Le risque suicidaire est équivalent entre les deux groupes.

Les épisodes maniques sont légèrement augmentés dans le groupe TDAH, 20% versus 13% dans le groupe non TDAH.

Le seul véritable trouble panique se retrouve dans le groupe non TDAH.

Pour l'agoraphobie, les taux sont équivalents dans les deux groupes, tout comme la phobie sociale et le trouble obsessionnel compulsif.

Les deux patients avec des symptômes psychotiques ne présentent pas de symptômes liés au TDAH.

Les troubles du comportement alimentaire (boulimie) sont retrouvés majoritairement dans le groupe non TDAH.

50% de la population TDAH présente une anxiété généralisée contre 26% des patients non TDAH.

Et pour finir, les troubles de la personnalité type antisocial sont plus rencontrés dans le groupe TDAH (30% contre 8,7%)

-Addictions et TDAH :

Voici la répartition des addictions en fonction des résultats à l'ASRS et au DIVA :

Addictions	ASRS négatif (N=19)		DIVA positif (patients TDAH N=10)		DIVA négatif (N=4)	
	n	pourcentage	n	pourcentage	n	pourcentage
Opiacés						
Non	15	62,5	7	70,0	2	50,0
Oui	4	44,4	3	30,0	2	50,0
Médicamenteuse						
Non	14	53,8	9	90,0	3	75,0
Oui	5	71,4	1	10,0	1	25,0
Psychostimulant						
Non	17	56,7	10	100,0	3	75,0
Oui	2	66,7	0	0,0	1	25,0
Comportementale						
Non	16	55,2	9	90,0	4	100,0
Oui	3	75,0	1	10,0	0	0,0
Alcool						
Non	11	73,3	3	30,0	1	25,0
Oui	8	44,4	7	70,0	3	75,0
Cannabis						
Non	17	89,5	5	50,0	0	0,0
Oui	2	10,5	5	50,0	4	100,0
Tabac						
Non	3	50,0	3	30,0	0	0,0
Oui	16	59,3	7	70,0	4	100,0

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les groupes. Pour les opiacés, trois patients ont un TDAH, six patients ne présentent pas de symptômes de TDAH. Seul un patient TDAH présente une addiction médicamenteuse. Aucun patient TDAH ne présente de dépendance aux psychostimulants. Un patient présente une addiction comportementale (trouble du comportement alimentaire) dans le groupe TDAH.

Pour l'alcool, sept patients TDAH consomment de l'alcool, huit patients consomment et ne présentent pas de symptômes de TDAH. Tous les patients avec le DIVA négatif consomment de l'alcool (sauf un), du cannabis et du tabac.

En synthétisant les données nous trouvons :

Addictions	TDAH		Non TDAH	
Opiacés	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Non	7	70,0	17	73,9
Oui	3	30,0	6	26,0
Médicamenteuse				
Non	9	90,0	17	73,9
Oui	1	10,0	6	26,0
Psychostimulant				
Non	10	100,0	20	86,9
Oui	0	0,0	3	13,0
Comportementale				
Non	9	90,0	20	86,9
Oui	1	10,0	3	13,0
Alcool				
Non	3	30,0	12	52,1
Oui	7	70,0	11	47,8
Cannabis				
Non	5	50,0	17	73,9
Oui	5	50,0	6	26,1
Tabac				
Non	3	30,0	3	13,0
Oui	7	70,0	20	86,9

Nous retrouvons un taux équivalent dans les deux groupes pour les opiacés, le tabac et les addictions comportementales. Pour les addictions médicamenteuses, on retrouve des taux plus élevés dans le groupe non TDAH (26% contre 10%). Il n'y a pas de dépendance aux psychostimulants dans le groupe TDAH. Et pour finir on retrouve un taux plus élevé pour l'alcool dans le groupe de TDAH (70%) par rapport au groupe non TDAH (47,8%), de même pour le cannabis (50% contre 26,1%).

-Score de qualité de vie :

SF 36	Nombre	Moyenne	Ecart type
Fonctionnement physique	33	85,2	18,3
Limitation physique	33	53,8	41,5
Douleur physique	33	73,9	33,6
Santé générale	33	56,9	24,3
Score physique global	33	67,4	20,8
Vitalité	33	60,9	24,7
Fonctionnement social	33	72,0	37,1
Limitation émotionnelle	33	44,4	42,2
Santé mentale	33	57,5	26,6
Score mental global	33	58,6	26,0

La SF36 est un questionnaire généraliste de qualité de vie, il évalue la santé mentale et physique, le questionnaire compte au total onze questions avec plusieurs sous-parties.

Dans notre échantillon (les trente-trois patients), le score de santé physique global est de 67,4 (avec un écart type de 20,8), la limitation physique est le score le plus bas (53,8), le fonctionnement physique est globalement bien conservé (85,2).

Pour le score de santé mentale, la moyenne de notre échantillon est de 58,6. Les items les plus bas sont la limitation émotionnelle et la santé mentale. Les patients conservent un bon fonctionnement social dans cet échantillon (72).

Voici les scores de qualité de vie en fonction des groupes :

SF36	ASRS négatif (N=19)		DIVA positif (N=10)		DIVA négatif (N=4)	
	moyenne	écart	moyenne	écart	moyenne	écart
Fonctionnement physique	88,9	12,5	78,0	27,5	85,0	10,8
Limitation physique	55,3	41,3	52,5	44,8	50,0	45,6
Douleur physique	69,9	36,7	73,0	33,0	95,0	5,8
Santé générale	59,9	22,2	54,5	28,8	48,9	26,2
Score physique global	68,5	20,7	64,4	24,5	69,5	14,0
Vitalité	67,1	24,4	51,0	24,6	56,3	22,9
Fonctionnement social	73,0	40,7	63,8	36,5	87,5	14,4
Limitation émotionnelle	50,9	43,6	36,6	39,9	33,3	47,1
Santé mentale	65,1	28,2	43,2	21,7	57,0	18,3
Score mental global	63,9	25,8	48,6	26,8	58,4	23,5

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les différents groupes. Nous pouvons noter que le score physique global est plus faible dans le groupe TDAH (DIVA positif), par rapport aux deux autres groupes : le fonctionnement physique est moins élevé.

Le score mental global est également plus faible dans le groupe TDAH, par rapport aux deux autres groupes, la vitalité, le fonctionnement social et la santé mentale obtiennent des scores plus faibles dans le groupe TDAH.

Pour tous les patients, il a été demandé leur poids et leur taille, l'index de masse corporel (IMC) moyen de l'échantillon est de 23,3. Ces résultats sont équivalents dans les différents groupes. Pour le groupe sans symptôme de TDAH, l'IMC est de 22,4, pour les patients TDAH, l'IMC est de 23,7, et pour les quatre patients avec un résultat négatif au TDAH l'IMC moyen est de 23,7.

-Détails des 33 patients qui sont venus en consultation : Par ordre de venue à la consultation :

Patient (numéro)	Sexe	Motif de la consultation (Addictions)	Traitement addictologique	Tabac	TDAH	Résultats MINI
143	H	Héroïne arrêtée, cannabis 5 à 6 joints pas jour et addiction au seresta (actuellement 6 cp de 10 mg par jour)	Méthadone 100mg	Oui : 3 à 4 cigarettes par jour	ASRS positif mais TDAH négatif	-Risque suicidaire léger -Trouble de la personnalité antisociale vie entière
140	H	Héroïne et morphine arrêtées depuis 10 ans	Méthadone 80mg	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Episode dépressif majeur actuel -Dysthymie -Risque suicidaire élevé -Troubles des conduites dans l'enfance et trouble de la personnalité antisociale vie entière
113	H	Alcool arrêté, héroïne en sniff 3 rails par jour et cannabis	Subutex 4mg	Oui : 20 à 40 cigarettes par jour	ARSR positif et TDAH positif type hyperactif/impulsif prédominant	-Aucun
115	H	Cocaïne, Crack, Héroïne, Ritaline et Alcool arrêtés, cannabis 1 à 2 joints par jour	Méthadone 40mg	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH négatif	-Episode dépressif majeur actuel et passé avec caractéristiques mélancoliques -Risque suicidaire élevé -Anxiété généralisée
112	F	Héroïne et mésusage du subutex arrêtés, consommation de vin rouge et rosé le week-end uniquement et 1 joint de cannabis par semaine	Suboxone 6mg	Oui : 15 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH positif type hyperactif/impulsif prédominant	- Episode dépressif majeur actuel et passé avec caractéristiques mélancoliques -Dysthymie -Risque suicidaire élevé -Agoraphobie -Trouble obsessionnel compulsif (à la saleté) -Anxiété généralisée
154	F	Alcool : une bière et une demi bouteille de vin tous les soirs, crise de	Selincro	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Boulimie actuelle

		boulimie tous les jours et addiction médicamenteuse au lexomil				
128	F	Héroïne arrêtée depuis 20 ans	Méthadone 15mg le matin et 5mg le soir	Non : arrêté depuis 2 ans	ASRS négatif	-Episode dépressif majeur actuel et passé -Risque suicidaire élevé
130	H	Héroïne et cocaïne arrêtées depuis 7 ans	Méthadone 35mg	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Aucun
153	F	Trouble du comportement alimentaire (anorexie-boulimie) arrêté et Tabac	Aucun	Oui : 30 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Dysthymie
123	F	Cannabis 3 à 4 joints par jour	Aucun	Non	ASRS négatif	-Episode dépressif majeur actuel et passé -Risque suicidaire élevé -Anxiété généralisée
27	F	Alcool tous les week-end du champagne et du vin rosé, trouble du comportement alimentaire type boulimie, mange tout ce qu'il y a dans son frigo tous les jours	Aucun	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH positif type combiné	-Episode dépressif majeur passé -Dysthymie -Risque suicidaire léger -Episode manique passé -Attaques de panique paucisymptomatique vie entière -Agoraphobie -Boulimie actuelle -Anxiété généralisée
43	H	Alcool : 5 à 10 verres de bière par jour	Selincro	Non	ASRS positif et TDAH positif type combiné	-Episode dépressif majeur actuel avec caractéristiques mélancoliques - Attaques de panique paucisymptomatique vie entière -Phobie sociale -Anxiété généralisée -Trouble des conduites dans l'enfance
41	F	Héroïne arrêtée, alcool: boit principalement	Subutex 3mg	Oui : 15 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH positif type hyperactif/impulsif	-Trouble des conduites dans l'enfance

		les week-ends des alcools forts comme le pastis			prédominant	
42	H	Cannabis 2 à 3 joints par jour et dépendance médicamenteuse au xanax	Méthadone 20mg	Oui : 2 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH positif type combiné	- Episode dépressif majeur actuel et passé avec caractéristiques mélancoliques -Risque suicidaire léger -Episode hypomaniaque passé -Phobie sociale -Anxiété généralisée -Trouble des conduites dans l'enfance et trouble de personnalité antisociale vie entière
82	H	Cannabis : 6 joints par jour	Aucun	Oui : 15 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH positif type combiné	-Episode dépressif majeur actuel
53	H	Alcool : 1 à 2 bouteilles de vin rouge par jour et du cannabis de façon occasionnelle	Aucun	Oui : 20 à 40 cigarettes par jour	ASRS positif TDAH négatif	-Episode dépressif majeur actuel et passé -Dysthymie -Risque suicidaire élevé -Episode maniaque passé
40	F	Alcool arrêté il y a un an	Baclofène	Oui : 5 à 10 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH positif type hyperactif/impulsif prédominant	-Episode dépressif majeur actuel et passé -Risque suicidaire léger - Attaques de panique paucisymptomatique vie entière -Anxiété généralisée
39	H	Cannabis arrêté Est en contrôle judiciaire	Aucun	Oui : 10 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH positif type combiné	-Episode dépressif majeur actuel
51	H	Alcool arrêté	Méthadone 30mg	Oui : 10 cigarettes par jour	ASRS positif et TDAH négatif	-Episode dépressif majeur actuel
80	F	Alcool une à deux bouteilles de rosé par jour et cocaïne en sniff 2 à 3 fois par nuit et 2 à 3 fois par semaine	Aotal	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Episode dépressif majeur actuel -Risque suicidaire léger

150	F	Médicaments : 2 à 3 plaquettes de stilnox par nuit et 4cp de xanax par jour	Aucun	Oui : 5 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Episode dépressif majeur actuel et passé avec caractéristiques mélancoliques
78	H	Alcool 2 bières le soir	Baclofène	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	
60	H	Cannabis 1 à 2 joints le week- end	Aucun	Oui : 10 à 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	
151	F	Alcool 1 bouteille de rosé et un pack de bière par jour	Subutex 3mg	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	- Episode dépressif majeur actuel et passé avec caractéristiques mélancoliques -Dysthymie -Episode maniaque passé -Attaques de panique paucisymptomatique vie entière -Anxiété généralisée
55	H	Médicaments, xanax : 8cp de 0,25mg par jour	Subutex 6mg	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Boulimie actuelle
58	F	Médicaments, stilnox 1 à 2 cp par jour	Aucun	Non	ASRS négatif	-Dysthymie -Phobie sociale -Boulimie actuelle -Anxiété généralisée
107	H	Médicaments : seresta 2cp de 10 mg par jour	Aucun	Non	ASRS négatif	-Episode dépressif majeur actuel et passé -Risque suicidaire élevé -Symptômes psychotiques vie entière
15	H	Alcool : arrêté	Aucun	Oui : 40 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Attaques de panique paucisymptomatique vie entière -Agoraphobie
19	H	Alcool : 2 à 3 bières par jour	Selincro	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	
12	H	Alcool : 2 bouteilles de vin et 10 bières par jour	Baclofène	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	-Dysthymie - Attaques de panique paucisymptomatique vie entière -Agoraphobie

10	H	Alcool : 2 verres de vin rosé le midi et le soir	Aucun	Oui : 20 cigarettes par jour	ASRS négatif	
2	F	Alcool : arrêté depuis 7 ans	Aucun	Non	ASRS positif et TDAH positif type hyperactif-impulsif	
11	H	Addiction alimentaire : prend 2 à 3 fois par semaine toujours le soir des tablettes de chocolat et du Nutella	Aucun	Non	ASRS négatif	-Anxiété généralisée

4) Discussion :

Dans notre étude, nous retrouvons un taux de positif au TDAH (après réalisation du test de dépistage) de 32,5% ce qui représente environ un patient sur trois qui consulte dans un CSAPA. Ce chiffre est important. Il est supérieur aux scores de prévalence retrouvée dans la population générale (d'après les données de la littérature). Dans notre échantillon, les hommes consultent de façon majoritaire dans les CSAPA, et les patients sont majoritairement célibataires. Les addictions les plus fréquemment retrouvées dans notre population sont le tabac, l'alcool, les opiacés puis viennent ensuite les polyaddictions et le cannabis.

Pour la deuxième partie de l'étude, les femmes viennent plus en consultation que les hommes. Nous retrouvons au total, seulement dix patients avec des symptômes du TDAH, le diagnostic ne pouvant pas être complètement posé car les informations ne sont données que par le patient dans cette étude et qu'il est conseillé d'avoir également une information venant des proches du patient. Cinq sont de type combiné et cinq de type hyperactif/impulsif. Le sex ratio est égal à un dans cette étude, on retrouve cinq femmes et cinq hommes avec un DIVA positif. Il est à noter que seulement cinq patients ont un score à la WURS supérieur à 46, qui serait normalement une donnée supplémentaire pour poser le diagnostic, donc au final dans notre échantillon, seulement cinq patients remplissent presque tous les critères du TDAH : trois femmes et deux hommes, deux type hyperactif/impulsif et trois type combiné (il y a deux femmes avec le type hyperactif/impulsif, une femme avec le type combiné et deux hommes avec le type combiné).

Ensuite, nous remarquons que l'apparition de la problématique addictive survient précocement dans le groupe TDAH, (21,9 ans contre 25,9ans), ce qui est en accord avec les données de la littérature. Les patients avec un TDAH n'ont pas plus de comorbidités psychiatriques que les patients non TDAH. Les comorbidités les plus rencontrées dans le groupe TDAH sont les symptômes dépressifs, maniaques et l'anxiété généralisée. Les addictions les plus rencontrées dans le groupe TDAH sont le tabac, l'alcool et le cannabis. En comparaison aux patients non TDAH, l'alcool et le cannabis sont plus consommés par les patients TDAH. Les patients avec un TDAH ne consomment pas préférentiellement des psychostimulants comme la cocaïne. Les patients avec un TDAH ne consomment pas plus que les patients sans TDAH.

Par contre les scores de qualité de vie, physique et mentale sont plus faibles chez les patients avec un TDAH.

Les limites de l'étude :

Le principal biais de l'étude était la difficulté pour les patients de remplir le questionnaire de dépistage, les questions étaient difficiles à comprendre, de plus si le patient ne maîtrisait pas le français, il ne pouvait pas remplir le questionnaire, ce qui élimine une grande partie de la population précaire. De plus, on peut partir du principe que les patients capables de remplir le questionnaire étaient capables de maintenir leur attention durant le remplissage du test, ce qui peut s'avérer très difficile pour certains patients avec un TDAH.

L'autre biais notable de l'étude est le faible nombre de patients inclus. On peut également conclure que les patients qui étaient d'accord pour venir en rendez-vous et qui arrivaient à maintenir et à venir à ce rendez-vous, ainsi qu'à réaliser tous les autres tests demandés devaient moins souffrir de symptômes de TDAH (comme l'inattention, la difficulté à maintenir les rendez-vous, la distractibilité).

Il faut rajouter que les diagnostics de la MINI, sont des diagnostics standardisés et évalués à un instant T avec le patient (au moment de l'entretien) et peuvent ne pas refléter sa stricte réalité clinique.

En ce qui concerne les addictions, les problématiques addictives déclarées par les patients au moment du questionnaire de dépistage et au moment de l'entretien diffèrent. Les patients n'arrivaient pas à être assez précis sur leur consommation dans le questionnaire de dépistage, ce qui était repris par la suite en entretien et modifie donc les résultats.

En conclusion, le diagnostic du TDAH doit être recherché dans les populations avec problématique addictive, de plus toutes les comorbidités psychiatriques doivent être recherchées, il ne faut pas se limiter au traitement de l'addiction qui est rarement isolée.

Le diagnostic du TDAH reste simple avec les outils mis à disposition, mais il reste méconnu dans la population médicale.

Les enfants qui ont pu bénéficier d'un diagnostic de TDAH doivent poursuivre leur suivi même quand ils entrent à l'âge adulte, et parfois, s'il y a une nécessité, poursuivre leur traitement. Ils doivent bénéficier d'une prévention active sur le risque de consommation de produits et d'une bonne connaissance de leur pathologie.

CONCLUSION :

La problématique addictive est très fréquente dans la population occidentale, il y a émergence de nouvelles addictions, notamment les addictions comportementales qui sont reconnues aujourd'hui dans la dernière version du DSM.

Les comorbidités psychiatriques sont présentes dans le milieu addictologique, et ne peuvent pas être ignorées. Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité peut être considéré comme un facteur de risque d'entrée dans une pathologie addictive. Tous les adolescents et enfants devraient être suivis à ce niveau et devraient bénéficier d'une prévention dans ce domaine. De plus, une grande partie des adolescents TDAH conserveront des symptômes à l'âge adulte, cela signifie que ces adultes doivent poursuivre leur suivi, ce qui n'est actuellement pas effectué. Enfin, quand un trouble des conduites apparaît dans l'enfance, en association avec le TDAH, le risque d'entrée dans une pathologie addictive est encore plus grand et ceci nécessite un suivi encore plus rapproché.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) M. Reynaud, Quelques éléments pour une approche commune des addictions, M. Reynaud, Traité d'addictologie, Paris, Flammarion 2004, p:3-13
- (2) A. Goodman, Addiction: definition and implication BrJ Addict, 1990, 85, 1403-1408
- (3) HAS Services de bonnes pratiques professionnelles Octobre 2014
- (4) A. Dervaux, Congrès français de Psychiatrie, 7^{ème} édition, Lille 2015, 25 et 28 Novembre
- (5) G. Michel, D. Puper-Ouakil, M.C. Mauren-Siméoni, Facteurs de risque des conduites de consommation de substances psychoactives à l'adolescence, Annales médico-psychologiques, 2001, 159, 622-631
- (6) L. Karila, M. Reynaud, Facteurs de risque et de vulnérabilité, M. Reynaud, Traité d'addictologie, Paris, Flammarion, 2004, p : 43-46
- (7) M. Wohl, C. Pichard, P. Gorwood, Vulnérabilité génétique aux addictions, Traité d'addictologie, Paris, Flammarion, 2004, p: 47-55
- (8) E.P. Toubiana, Psychanalyse et addictions, P.L. Assoun, Addictologie clinique, Paris, PUF, 2011, p : 22-103
- (9) M. Laxenaire, Psychanalyse et addictions sans substance, Annales médico-psychologiques, 168, 2010, 524-527
- (10) A. Chenu, J .P. Tassin, Le plaisir : concept neurobiologique et conception freudienne. L'encéphale, 2014, 40, 100-107
- (11) M. Reynaud, Sensation, émotions, passions et addictions, Traité d'addictologie, Paris, Flammarion, 2004, p : 677-692
- (12) J.C.M. Brust, la neurobiologie de l'addiction, Aspects neurobiologiques de l'addiction, Elsevier Masson, 2007, p : 23-44
- (13) N. Guédénéry, A.S. Mintz, F. Atyer, Développement de l'attachement, Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Médecine-Science Lavoisier, Paris, 2013, p: 30-45
- (14) A. Dervaux, Attachement insécuré et addictions : influence sur la prise en charge, Centre hospitalier Sainte-Anne-Addictologie, Paris, 2014, European psychiatry
- (15) C.Catry, D. Marcelli, Y.Gervais, Adolescence et addictions, Traité d'addictologie, Paris, Flammarion, 2004, p : 84-90
- (16) C. Lançon, J.Cohen, Addictions sans substances et comorbidités Annales médico-psychologiques 168, 2010, 513-515
- (17) M. Casas, Introduction à la notion de comorbidité et concept de dual diagnosis, Addictions et comorbidités, Dunod, Paris, 2014, p : 2-9

- (18) K.T. Mueser, R.E. Drake, M.A Wallach, Dual Diagnosis a review of etiological theories, 1998, Addictive Behaviors, volume 23, N°6, p: 717-734
- (19) J.P. Lang, M.L. Bonnewitz, M. Kusterer, L. Lalame-Torgio, Usage de l'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : quelles évolutions ? Quelle prise en soin ? L'encéphale, 2014, 40, 301-307
- (20) D. Pringuey, F. Cherikh, S. Lunacek, B. Giordana, E.Fakra, R. Belzeaux, M.Adida, J.M.Azorin, Troubles affectifs et comorbidités éthyliques, L'encéphale, 2014, 40, 53-57
- (21) E. Guillem, A.Pelissolo, F. Varspan, S. Bouchez-Arbabzadeh, J.P. Lepine, Facteurs sociodémographiques, conduites addictives et comorbidités psychiatriques des usagers de cannabis vus en consultation spécialisée, L'encéphale, 2009, 35, 226-233
- (22) A. Dervaux, M.O. Krebs, X. Laqueille, Addiction au cannabis et troubles psychiatriques, Addictions et comorbidités, Dunod, Paris, 2014, Chapitre 12
- (23) D. Ziedonis, B.Hitsman, J.C.Beckham, M.Zvolensky, L.E.Alder, J ;Audraun Mc Gouverne, N.Breslau, R.A.Brown, T.P.George,J.Williams, P.S.Calhoun, W.T. Riley, Tobacco use and cessation in psychiatric disorders : Nationnal Institute of Mental Health report, Nicotine & Tobacco research, volume 10, Number 12, Decembre 2008, 1691-1715
- (24) M.Taleb, M.Kenai,A.Semmak, A.Tabeche, Tabac et troubles mentaux, Addictions et comorbidités, Dunod, Paris, 2014, Chapitre 11
- (25) F.Kazou, J.Rouhayen, R.Chammay, R.Haddad, X.Laqueille, S. Richa, Cannabis et trouble bipolaire : recherche d'une association à partir d'une revue de la littérature, Annales médico-psychologiques, 169, 2011, 277-281
- (26) A.Petit, M.Reynaud, M. Lejoyeux, S. Cascas, L.Karila, Addiction à la cocaïne : un facteur de risque de suicide ? Press Med, 2012, 41, 702-712, Elsevier Masson
- (27) H-J Aubin, Troubles bipolaires et abus de substances, L'encéphale, 2006, 32, 25-9 Cahier 2
- (28) O.Cottencin, Dépressions sévères et addictions, L'encéphale, 2006, supplément 7, S264-S268
- (29) X.Laqueille, C.Launay, M.Kanit, Les troubles psychiatriques et somatiques induits par le cannabis, annales pharmaceutiques françaises, 2008, 66, 245-254
- (30)E. Boujut,M.Koleck, D.Bergés, M.L.Bourgeois, Prévalence de troubles anxiodépressifs dans une population de 169 patients consultant pour un trouble du comportement alimentaire et comparaisons entre les quatre sous types de trouble du comportement alimentaire, Annales médico-psychologiques, 170, 2012, 52-55
- (31) N.T. Godart, F. Perdereau, P.Jeammet, M.F.Flament, Comorbidités et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire, Annales médico-psychologiques, 161, 2003, 498-503
- (32) N.T. Godart, F. Perdereau, P.Jeammet, M.F.Flament, Comorbidités des troubles alimentaires et des troubles de l'humeur : revue de la littérature, L'encéphale, 31, 575-87 Cahier 1

- (33) C.Lamas, I.Nicolas, M.Carcas, Addictions comportementales (trouble des conduites alimentaires) et suicide, *Annales médico-psychologiques*, 168, 2010, 528-532
- (34) F.Elghazouani, C.Aarab, F.Lahlou, K.Elrhazi, R.Aalouane, I.Rammouz, Usage de substances chez les patients hospitalisés pour rechute schizophrénique : étude transversale, *Annales médico-psychologiques*, 2015
- (35) P.Gorwood, Y.Lestrat, M.Wohl, Comorbidités addictives des troubles bipolaires, *L'encéphale*, 2008, Supplément 4, S138-S142
- (36) M.Fatseas, C.Denis, M.Auriacombe, Héroïnes et opiacés, *Addictions et comorbidités*, Dunod, Paris, 2014, Chapitre 14
- (37) M.Grall-Bronnec, M.Guillou-Landréat, A.Sauvaget, Jeu pathologique et comorbidités psychiatriques et addictives, *Addictions et comorbidités*, Dunod, Paris, 2014, Chapitre 16
- (38) M.Lagadec, L.Karila, Les addictions sexuelles, *Addictions et comorbidités*, Dunod, Paris, 2014, Chapitre 17
- (39) E.Guillaud, A.H.Boudoukha, D.Acier, Croyances dysfonctionnelles liées au craving : évolution auprès des patients en post-cure d'alcoolologie, *l'évolution psychiatrique*, 78, 2013, 415-423
- (40) M.D.Skinner, H.J. Aubin, Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 34, 2010, 606-623
- (41) O.Reval, V.Brun, *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*, Masson, 2010
- (42) C.Burstijn, B.Golse, L'hyperactivité avec troubles de l'attention : questions cliniques et épistémologiques, *neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 54, 2006, 29-37
- (43) R.Courtois, M.Champion, C.Lamy, G.Bréchon, Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents, *Annales médico-psychologiques*, 165, 2007, 420-427
- (44) M.F. Le Heuzey, Quoi de neuf dans le traitement de l'hyperactivité de l'enfant hyperactif, *Archives pédiatriques*, 15, 2008, 1249-1252
- (45) A.Beggiato, S.Cortese, Actualités en neuro-imagerie du trouble déficit de l'attention/hyperactivité, *Annales médico-psychologiques*, 172, 2014, 298-301
- (46) M-F Le Heuzey, Les traitements médicaux de l'enfant hyperactif, *Archives de pédiatrie*, 11, 2004, 64-69
- (47) J.Chambry, Trouble déficit de l'attention-hyperactivité de l'enfant et de l'adolescent : du diagnostic à la prise en charge, *Annales médico-psychologiques*, 164, 2006, 613-619
- (48) D.Purper-Ouakil, M.Wohl, S.Cortese, G.Michel, M.C. Mouren, Les troubles déficitaires de l'attention-hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent, *Annales médico-psychologiques*, 164, 2006, 63-72
- (49) T.Villemonteix, D.Purper-Ouakil, L.Romo, La dysrégulation émotionnelle est-elle une des composantes du trouble déficit de l'attention/hyperactivité, *L'encéphale*, 2015, 41, 108-114

- (50) N.Franc, M.Maury, D.Purper-Ouakil, Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) : quels liens avec l'attachement ? *L'encéphale*, 2009, 35, 256-261
- (51) F.Bange, M.CMouren, Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte, Dunod, Paris, 2^{ème} édition, 2009
- (52) A.Taylor, S.Deb, G.Unwin, Scales for the identification of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) : A sytematic review, *Research in Developmental Disabilities* 32 (2011) 924-938
- (53) C.Blondeau, J.P. Rénéric, C.Martin-Guehl, M.Bouvard, Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques, *Annales médico-psychologiques* 167, 2009, 234-242
- (54) F.Bange, Le devenir du trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte, *Archives de pédiatrie* 18, 2011, 831-834
- (55) E.M. Grosse, D.Da Fonseca, E. Fakra, F. Poinso, J.C. Samuelian, Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte, *Annales médico psychologiques* 165, 2007, 378-385
- (56) M.Gaucher, Les enjeux de l'évaluation diagnostique du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 2010, 20, 73-78
- (57) V.Simon, P.Czobor, S.Balint, A. Mészáros, I. Bitter, Prevalence and coreelates od adult attention-deficit hyperactivity disorder : meta-analysis *The British Journal of Psychiatry* 2009, 194:204-211
- (58) J. Fayyad, R. De Graff, R. Kessler, and al., Cross-nationnal prevalence and correlates of adulte attention-deficit hyperactivity disorder, *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 190: 402-409
- (59)R. Kessler, L. Adler, R. Barkley and al., The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication, *Am J Psychiatry*, 2006, 163: 716-723
- (60) S.V.Faraone, J. Biederman, What is the prevalence of Adult ADHD? Results of a population of 966 adults *Journal of Attention Disorders*, 2005, 384-391
- (61) H.M. Caci, A. J.S. Morin, A. Tran, Prevalence and Correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a french community sample
- (62) L.Camodeca, J.A. Micoulaud-Franchi, A. Gabelle, Y. Dauvilliers, R. Lopez, Que deviennent nos vieux hyperactifs ? Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez la personne âgée. *NPG Neurologie-Pyschiatry-Gériatrie*, 2015, 15, 346-352
- (63) Geurt van de Glind and al. Validity of the adult ADHD Self Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients, *Drug and alcohol dependence* 132, (2013), 587-596
- (64) K. Van Emmerik-van Oormerssen and al., Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis *Drug and alcohol dependence* 122, 2012, 11-19

- (65) C. Zulauf, S. Sprich, S. Safren, T. Wilen, The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders, *Curr Psychiatry Rep.* , Mars 2014, 16 (3), 436
- (66) A. Looby and al. Childhood attention deficit hyperactivity disorder and the developpement of substance use disorders: valid concern or exaggeration? *Addictive behaviors* 33, 2008, 451-463
- (67) T. Wilens, N.R. Morrison, The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse, *Curr Opin Psychiatry* 2011 Juillet, 24(4), 280-285
- (68) M. Ohlmeier and al, Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) *Alcohol & Alcoholism* vol 43, N 3, pp 300-304, 2008
- (69) E. Sabri Ercan, H. Coskunol, A. Varan, K. Toksoz, Childhood attention deficit/hyperactivity disorder and alcohol dependence : a 1 year follow-up *Alcohol&Alcoholism* vol 38, N°, 352-356, 2003
- (70) E. R. Disney and al. , Effects of ADHD, Conduct disorder and gender on substance use and abuse in adolescence *Am J Psychiatry* 1999, 156; 1515-1521
- (71) J. Biederman, T. Wilens, E. Mick, S.V. Faraone, T. Spencer, Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biological psychiatry* 1998, 44, 269-273
- (72) S. Mannuzza and al. , Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up *Am J Psychiatry* 155, 4 April 1998
- (73) L. Tamm, B. Adinoff, P. Nakonezny, T. Winhusen, P. Riggs, Attention-Deficit/hyperactivity disorder subtypes in adolescents with comorbid substances use disorder *Am J Drug Alcohol Abuse* 2012 January 38 (1) 93-100
- (74) MT. Lynskey, W. Hall, Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a causal link? *Addiction review* 2001, 96, 815-822
- (75) C. Galera, J.B. Pingault, E. Fombonne and al. , Attention problems in childhood and adult substance use. *The journal of pediatrics* 2013, 163, 1677-83
- (76) J. Young, S. Carruthers, S. Kaye and al. . Comorbid attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder complexity and chronicity in treatment seeking adults. *Drug and alcohol review* Novembre 2015 34, 683-693
- (77) A. Arias, J. Gelernter, G. Chan and al. Correlates of co-occurring ADHD in drug dependent subjects: prevalence and features of substances dependence and psychiatric disorders. *Addictive behaviors* 33 2008 1199-1207.
- (78) S. Kaye and al. Risk behaviours among substance use disorder treatment seeckers with and without adult ADHD symptoms. *Drug and alcohol dependence* 2014.
- (79) D. De Alwis, M. T. Lynskey, A.M. Reiersen, A. Agrawal. Attention-defict/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC.

- (80) Geurt van de Glind and al. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and alcohol dependence* 134, 2014, 158-166
- (81) F. Levin, S. Evans, H. Kleber, Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine seeking treatment. *Drug and alcohol dependence* 52, 1998, 15-25
- (82) G. Van De Glind and al. The international ADHD in substance use disorder prevalence (IASP) study: background, methods and study population, *Int J Methods Psychiatry Res* March 2015 -11
- (83) T.E. Wilens, J. Biederman, Alcohol, drugs, and attention deficit/hyperactivity disorder: a model for study of addictions in youth, *Journal of psychopharmacology* 2006, 580-588
- (84) Z. Huntley and al. Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units, *BMC Psychiatry* 2012 12:223

ANNEXE 1 :

FICHE PATIENT

Veillez remplir le questionnaire ci-joint, lisez bien les consignes et cochez les cases correspondant le plus à votre situation.

De plus, veuillez remplir les données vous concernant afin que nous puissions vous contacter si nécessaire.

Ce travail est effectué afin d'établir une thèse de médecine votre aide sera précieuse pour mener à bien ce travail.

Les données que vous fournissiez dans ces documents restent strictement confidentielles.

NOM :

.....

PRENOM :

.....

DATE DE NAISSANCE :

.....

SEXE : **HOMME** ☐ **FEMME** ☐

NUMERO DE TELEPHONE :

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

.....

SITUATION FAMILIALE

ACTUELLE :

VOTRE PROBLEME D'ADDICTION :

.....

FUMEZ-VOUS DU TABAC ? OUI NON

ANNEXE 2:

Nom :

Sexe : H / F

Date :/...../20....

Répondez aux questions suivantes en vous auto-évaluant sur chacun des critères à l'aide de l'échelle à droite de la page. Pour répondre aux questions, cochez la case qui décrit le mieux vos sentiments ou vos comportements au cours des six derniers mois. Rendez ensuite le questionnaire entièrement rempli au professionnel de santé qui vous la remis avec lequel vous pourrez en discuter.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que le plus intéressant a été fait?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire un travail qui demande une certaine organisation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés pour vous souvenir de vos rendez-vous ou de vos engagements?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Avec quelle fréquence avez-vous tendance à éviter ou à remettre à plus tard un travail qui demande beaucoup de réflexion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou agitez-vous vos mains ou vos pieds lorsque vous devez rester assis pendant un long moment?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Avec quelle fréquence vous sentez-vous trop actif ou obligé de faire des choses, comme si vous étiez actionné par un moteur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Avec quelle fréquence faites-vous des erreurs d'étourderie lorsque vous travaillez sur un projet ennuyeux ou difficile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à rester attentif lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous concentrer sur ce que les gens vous disent, même lorsqu'ils vous parlent directement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Avec quelle fréquence avez-vous tendance à égarer ou du mal à retrouver des choses à la maison ou au travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Avec quelle fréquence êtes-vous distrait par de l'activité ou du bruit autour de vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Avec quelle fréquence vous levez-vous pendant des réunions ou d'autres situations dans lesquelles vous êtes censé rester assis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou vous sentez-vous agité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous détendre et à vous relaxer pendant votre temps libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Avec quelle fréquence avez-vous remarqué que vous étiez trop bavard lorsque vous étiez en compagnie d'autres personnes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Avec quelle fréquence vous surprenez-vous terminant les phrases des autres dans une discussion avant qu'ils aient pu le faire eux-mêmes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à attendre votre tour dans une file d'attente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Avec quelle fréquence interrompez-vous les autres lorsqu'ils sont occupés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Adult Self-Report Scale (ASRS-1.1) Symptom Checklist

INSTRUCTIONS

Les questions figurant au verso ont pour but de favoriser le dialogue entre vous et vos patients, et de vous aider à confirmer les éventuels symptômes d'un Trouble d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention (THADA).

Description : La liste des symptômes est un instrument qui reprend les 18 critères du DSM-IV-TR. Parmi ceux-ci, six sont les plus prédictifs du THADA. Ces six items composent l'ASRS v1.1 Screener et se retrouvent dans la partie A de la liste des symptômes. La partie B regroupe les 12 items restants.

Instructions :

Symptômes :

1. Demandez au patient de remplir les parties A et B de la liste des symptômes en cochant la case qui correspond le mieux à la fréquence de chacun des symptômes.
2. Cotation de la partie A. Si au moins quatre croix apparaissent dans la zone ombrée de la partie A, le patient présente des symptômes très évocateur de THADA, ce qui recommande une évaluation plus poussée.
3. Les scores de fréquence de la partie B apportent des éléments additionnels et peuvent donner des indices sur la symptomatologie du patient. Attachez une attention particulière aux croix figurant dans la zone ombrée. La réponse en terme de fréquence est plus sensible pour certaines questions. Aucun score total ou probabilité diagnostic n'est attaché à ces 12 questions. Il a été démontré que les 6 questions de la partie A étaient les plus prédictives du diagnostic et doivent être utilisées comme outil de dépistage.

Gêne :

1. Parcourez la totalité de la liste des symptômes avec votre patient et évaluez le niveau de gêne associé à chaque symptôme.
2. Prenez en compte les situations scolaires/professionnelles, sociales et familiales.
3. La liste des symptômes peut aider à l'évaluation de la gêne occasionnée car la fréquence des symptômes est souvent associée à leur sévérité. Si la fréquence des symptômes est très élevée, vous pourrez demander à votre patient de décrire comme ils impactent sa capacité à travailler, à prendre soin des choses à sa maison, ou à s'entendre avec d'autres personnes comme l'époux/épouse.

Histoire :

1. Évaluez la présence dans l'enfance de ces symptômes ou d'autres similaires. L'ADHD des adultes n'a pas été forcément diagnostiqué dans l'enfance. Cherchez dans l'histoire du patient les problèmes précoces ou persistants liés à l'attention ou au contrôle de soi. Certains symptômes doivent avoir été présents dans l'enfance, mais pas tous nécessairement.
2. Demandez à consulter les bulletins scolaires. Mais souvenez-vous que de nombreux adultes étaient scolarisés alors que le THADA et ses symptômes n'étaient pas familiers. Plus qu'aux notes, accordez de l'importance aux commentaires des enseignants. Si vous ne pouvez pas avoir accès à ces bulletins, posez des questions comme « si j'étais un enseignant, comment est-ce que je décrirais votre attitude en classe ? » et « si je lisais vos bulletins scolaires, qu'est-ce que j'y trouverais ? »

Valeur du dépistage de l'ADHD pour les adultes

Les données de la recherche suggèrent que l'ADHD peut persister à l'âge adulte avec un retentissement significatif sur les relations aux autres, la carrière voire la sécurité personnelle de vos patients éventuellement atteints. Comme ce trouble est souvent mal compris, la plupart des gens qui en souffrent n'ont pas accès à un traitement approprié et, en conséquence, ne peuvent pas atteindre leur plein potentiel. Le problème vient en partie de la difficulté à porter un diagnostic, plus particulièrement chez l'adulte.

La liste de symptômes Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) a été développée en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et un groupe de travail sur l'ADHD de l'adulte qui comprend les psychiatres et chercheurs suivants :

- Dr Leonard Adler
Professeur Associé de Psychiatrie et de Neurologie
New York University Medical School (USA)
- Pr Ronald C. Kessler
Département de Santé Publique
Harvard Medical School (USA)
- Dr Thomas Spencer
Professeur Associé de Psychiatrie
Harvard Medical School (USA)

En tant que professionnel de santé, vous pouvez utiliser l'ASRS v1.1 comme un outil pour aider au dépistage de l'ADHD chez des patients adultes. Les informations recueillies par ce dépistage peuvent orienter vers une évaluation plus complète lors d'un entretien clinique. Les questions de l'ASRS v1.1 sont en accord avec les critères du DSM-IV et se focalisent sur les manifestations de l'ADHD chez les adultes. Le contenu du questionnaire reflète aussi l'importance donnée par le DSM-IV aux symptômes, aux retentissements et à l'histoire pour aboutir à un diagnostic correct.

La liste peut être remplie en moins de 5 minutes et peut fournir des informations pertinentes pour le processus diagnostique.

Références :

1. Schweitzer JB et al. Med Clin North Am. 2001; 85(3):10-11, 757-777.
2. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd ed. 1998.
3. Biederman J et al. Am J Psychiatry. 1993; 150:1792-1798.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000:85-93.

ANNEXE 3:

FICHE ADDICTOLOGIE

Motif de la consultation au CSAPA :

Histoire de la maladie :

Age de début des consommations :

ATCD des autres consommations :

Périodes d'abstinence :

Traitement d'aide : (substitution,....)

La consommation :

Type de consommation :

Fréquence des consommations :

Tabac :

ANNEXE 4:

FRANÇAIS

DIVA 2.0

**Entretien diagnostique pour le TDAH
chez l'adulte (DIVA)**

Colophon

L'Entretien diagnostique pour le TDAH chez l'adulte (DIVA 2.0) est publié par la DIVA Foundation, La Haye, Pays-Bas, août 2010. La traduction originale en Français a été réalisée en mars 2011 par les Docteurs Hervé M.O. Caci (pédopsychiatre, Docteur Habilité de l'UNSA, Centre Hospitalier Universitaire de Nice), Karin Foeken (psychiatre) et Jacques Bouchez (psychiatre), avec une rétro-traduction en Hollandais par Marleen van Roosmalen. La version finale a été approuvée par le Docteur Hervé M.O. Caci, T.I. Annet Bron (MSc) et le Docteur J.J. Sandra Kooij (MD, PhD), DIVA Foundation, 2012.

Reproduit avec l'autorisation de Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, révision du texte, la quatrième édition (Copyright 2003). Elsevier Masson.

Ce texte a été rédigé avec soins. Néanmoins, certaines parties peuvent évoluer avec le temps. C'est la raison pour laquelle aucun droit n'est applicable sur ce texte. Pour de plus amples informations et de futures mises à jour de la DIVA, veuillez visiter le site www.divacenter.eu.

Introduction

Selon le DSM-IV, le diagnostic du TDAH chez l'adulte nécessite la mise en évidence des symptômes du TDAH à la fois dans l'enfance et à l'âge adulte.

Les principales exigences du diagnostic sont que des symptômes du TDAH soient apparus dans l'enfance et que les traits caractéristiques aient persisté depuis et jusqu'au jour de l'évaluation. Les symptômes doivent avoir un retentissement significatif clinique ou psycho-social, et être présents dans au moins deux domaines de la vie courante¹.

Puisque le TDAH chez l'adulte est un état chronique qui débute dans l'enfance, il est nécessaire d'évaluer les symptômes, l'évolution et le degré de retentissement associé dans l'enfance à l'aide d'un entretien rétrospectif sur les comportements d'à-lors. Autant que possible, les informations recueillies auprès du patient doivent être complétées par des informations données par des personnes qui ont connu le patient enfant (habituellement ses parents ou des proches)².

L'Entretien diagnostique pour le TDAH chez l'adulte (DIVA)

La DIVA est basée sur les critères DSM-IV et est le premier entretien structuré écrit en Hollandais pour le TDAH de l'adulte. La DIVA a été développée par J.J.S. Kooij et M.H. Francken et succède à l'Entretien semi-structuré pour le TDAH chez l'adulte^{2,3}. Pour évaluer la présence ou l'absence de chacun des 18 critères du TDAH, dans l'enfance et à l'âge adulte, l'entretien donne des exemples concrets et réalistes pour les comportements actuels et passés (dans l'enfance). Les exemples sont basés sur des descriptions courantes de comportements faites par des patients adultes à l'équipe TDAH du PsyQ de La Haye. Par ailleurs, des exemples du retentissement habituellement associés aux symptômes sont donnés dans cinq domaines de la vie quotidienne: travail et scolarité, relations aux autres et vie familiale, contacts sociaux, temps libre et divertissements, confiance en soi et image de soi.

Dans la mesure du possible, la DIVA doit être cotée avec l'adulte en présence du conjoint et/ou d'un membre de sa famille pour pouvoir valider dans le même temps les informations rétrospectives et collatérales (on parle d'hétéro-anamnèse). Habituellement, le temps de passation de la DIVA est d'une heure à une heure et demie.

La DIVA vise uniquement les symptômes du TDAH nécessaires au diagnostic du TDAH selon le DSM-IV, et ne couvre pas les symptômes, syndromes ou troubles psychiatriques comorbides. Néanmoins, une comorbidité est habituellement retrouvée chez l'enfant et l'adulte TDAH dans environ 75% des cas. Par conséquent, il convient de réaliser par ailleurs une évaluation psychiatrique générale des symptômes, syndromes et troubles habituellement comorbides. Les problèmes de santé mentale les plus fréquents associés au TDAH comprennent les troubles anxieux, dépressifs, bipolaires, l'abus de substances et les addictions, les troubles du sommeil et les troubles de la personnalité; tous doivent être recherchés. Cela permet de comprendre l'ensemble des symptômes que présente le patient TDAH, mais aussi dans un diagnostic différentiel pour éliminer les autres diagnostics psychiatriques majeurs comme cause primaire des symptômes évocateurs d'un TDAH chez l'adulte².

Instructions pour la cotation de la DIVA

La DIVA est composée de trois parties qui s'appliquent chacune à l'enfance et à l'âge adulte :

- Les critères d'Inattention (A1)
- Les critères d'Hyperactivité-Impulsivité (A2)
- L'Âge de début et Altération du fonctionnement due aux symptômes

Commencez par le premier groupe de critères DSM-IV du TDAH pour le *Déficit Attentionnel* (A1), puis le second groupe de critères pour l'*Hyperactivité-Impulsivité* (A2). Renseignez chacun des 18 items successivement en suivant l'approche suivante :

Questionnez d'abord pour l'âge adulte (symptômes présents au cours des six derniers mois ou plus) puis pour le même symptôme lors de l'enfance (symptômes présents entre 5 et 12 ans)*6. Lisez textuellement chaque question et demandez au patient s'il reconnaît ce problème et de vous donner des exemples. Les patients donnent souvent les mêmes exemples que ceux proposés par la DIVA, qui peuvent alors être cochés présents. S'ils ne reconnaissent pas le problème ou si vous n'êtes pas sûr(e) que la réponse se rapporte bien au critère, alors vous pouvez utiliser les exemples fournis, en les lisant un à un successivement. Pour qu'un problème comportemental ou un symptôme soit coché présent, il faut qu'il survienne de manière plus fréquente ou plus intense que chez des patients du même âge et de même niveau intellectuel, ou être nettement invalidant. Cochez chaque exemple décrit par le patient. S'il donne d'autres exemples correspondant au critère, notez-les sous la rubrique « Autre ». Pour qu'un item soit considéré comme présent, il n'est pas nécessaire que tous les exemples soient cochés mais que l'évaluateur obtienne une image claire de la présence ou de l'absence du critère.

Pour chaque critère, demandez si le conjoint ou le membre de la famille est d'accord ou s'il peut donner d'autres exemples de problèmes liés au critère. En règle générale, le partenaire répondra sur l'âge adulte alors qu'un membre de la famille (habituellement un parent ou un apparenté plus âgé) répondra sur l'enfance. Par son jugement clinique, le clinicien doit déterminer la réponse la plus appropriée. Si les réponses se contredisent, l'habitude est de considérer que le patient est généralement le meilleur informateur7.

Les informations données par le partenaire et la famille sont principalement destinées à compléter celles données par le patient afin d'obtenir un compte-rendu précis du comportement dans l'enfance et à l'âge adulte. Les

informations données par les tiers sont particulièrement utiles pour l'enfance car de nombreux patients ont des difficultés à se rappeler rétrospectivement leur propre comportement. De nombreuses personnes se rappellent correctement de leur comportement vers 10-12 ans, mais ont plus de mal pour les années de classes primaires.

Pour chaque critère, le clinicien doit décider de la présence ou de l'absence aux deux âges de la vie, en prenant en considération les informations de toutes les parties impliquées. Si des informations collatérales ne peuvent pas être obtenues, le diagnostic sera basé uniquement sur les souvenirs du patient. S'ils sont consultables, les livrets scolaires peuvent donner une idée des symptômes notés en classe dans l'enfance et peuvent être utilisés à l'appui du diagnostic. Les symptômes sont considérés comme cliniquement significatifs s'ils surviennent de manière plus intense et/ou plus fréquente que chez les enfants du même âge ou s'ils ont gêné le sujet.

Âge de début et Altération du fonctionnement due aux symptômes

La troisième section sur *L'Âge de début et l'Altération du fonctionnement due aux symptômes* est une partie essentielle des critères de diagnostic. Cherchez à savoir si le patient a présenté les symptômes et, dans l'affirmative, s'ils étaient présents avant l'âge de 7 ans. Si les symptômes sont apparus plus tardivement, notez l'âge de début. À l'aide des exemples, demander dans quelles différentes situations on note un impact des symptômes, d'abord à l'âge adulte puis dans l'enfance. Cochez les exemples que le patient reconnaît et notez si le retentissement apparaît dans deux domaines de fonctionnement au moins. Pour que le trouble soit présent, il doit avoir un retentissement dans au moins deux domaines, tels que le travail et l'enseignement, les relations aux autres et la vie familiale, les contacts sociaux, le temps libre et les loisirs, la confiance en soi et l'image de soi, et être au moins modérément gênant.

Résumé des symptômes et Formulaire de cotation

Indiquez dans le Résumé des symptômes de *Déficit Attentionnel* (A) et d'*Hyperactivité-Impulsivité* (HI) quels critères sont présents aux deux âges de la vie, et additionnez le nombre de critères d'inattention, d'une part, et d'hyperactivité/impulsivité, d'autre part. Enfin, indiquez dans le Formulaire de cotation si six critères au moins sont présents dans chacun des domaines symptomatiques de déficit attentionnel (A) et d'hyperactivité-impulsivité (HI). Pour chaque domaine,

indiquez s'il existe des preuves d'une présence des symptômes tout au long de la vie, si les symptômes ont un retentissement, si le retentissement survient dans deux situations au moins, et si les symptômes pourraient mieux être expliqués par un autre trouble psychiatrique. Indiquez dans quelle mesure les informations collatérales, et éventuellement les livrets scolaires, appuient le diagnostic. Terminez en concluant si le diagnostic de TDAH peut être retenu et de quel sous-type il s'agit, sans oublier les codes du DSM-IV correspondants.

Explications à donner au patient avant l'entretien

Au cours de l'entretien, je vous poserai des questions sur la présence de symptômes du TDAH que vous avez présentés dans votre enfance et actuellement. Les questions sont basées sur les critères officiels du TDAH dans le DSM-IV. Pour chaque critère, je vous demanderai si vous reconnaissez le problème. Pour vous aider au cours de l'entretien, je vous donnerai quelques exemples pour chaque symptôme du TDAH qui décrivent les difficultés rencontrées par les enfants et les adultes. Avant toute chose, je vous poserai les questions et ensuite à votre partenaire ou à votre famille (si elle est présente). Votre partenaire vous connaît probablement bien en tant qu'adulte et je lui poserai les questions sur la période de votre vie durant laquelle il/elle vous a connu. Votre famille aura une meilleure idée de votre comportement pendant l'enfance; ces deux âges de la vie doivent être examinés pour établir le diagnostic de TDAH.

Références

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Texte révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson, Paris, 2003.
2. Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0), in: Kooij, JJS. Adult ADHD. Diagnostic assessment and treatment. Springer, 2012.
3. Kooij JJS, Francken MH: Diagnostisch Interview Voor ADHD (DIVA) bij volwassenen. Téléchargeable en ligne à l'adresse www.kenniscentrumadhd.bijvolwassenen.nl, 2007 et publié en Anglais dans la référence 2.
4. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, Ollendick T, Frick PJ, Greenhill L, McBurnett K, Newcorn JH, Kerdyk L, Garfinkel B, Waldman I, Shaffer D: Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(9):1211-21.
5. Barkley RA, Biederman J: Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(9):1204-10.
6. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, Adamson JJ, Monuteaux MC: Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry* 2006;163(10):1720-9.
7. Kooij JJS, Boonstra AM, Willemsen-Swinkels SHN, Bekker EM, De Noord I, Buitelaar JL: Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report regarding symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adult patients. *J Atten Disorders* 2008; 11(4):445-458.

Reproduit avec la permission du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Texte Révisé (4ème édition). Copyright Elsevier Masson, Paris, 2003.

Nom du patient	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
Date de l'entretien	<input type="text"/>
Nom du chercheur	<input type="text"/>
Numéro du patient	<input type="text"/>

Section 1: Symptômes de déficit attentionnel (DSM-IV critère A1)

Instructions: Les symptômes à l'âge adulte doivent être présents depuis au moins six mois. Les symptômes dans l'enfance se rapportent à la période entre 5-12 ans. Pour qu'un symptôme soit attribué au TDAH, il doit être d'allure chronique et ne doit pas être épisodique.

A1

Avez-vous souvent du mal à prêter attention aux détails, ou faites-vous souvent des erreurs d'étourderie dans votre travail ou dans d'autres activités? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Fait des erreurs d'étourderie
- ☐ Travaille lentement pour éviter les erreurs
- ☐ Ne lit pas les instructions avec soin
- ☐ Du mal à travailler de façon minutieuse
- ☐ Besoin de trop de temps pour mener à leur terme des tâches complexes
- ☐ Facilement empêtré par les détails
- ☐ Travaille trop rapidement et commet ainsi des erreurs
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Erreurs d'étourderie lors du travail scolaire
- ☐ Erreurs parce qu'il ne lisait pas les questions correctement
- ☐ Ne répondait pas à des questions parce qu'il ne les lisait pas correctement
- ☐ Ne répondait pas aux questions posées au verso d'un examen
- ☐ Les autres faisaient remarquer que le travail n'était pas soigné
- ☐ Ne vérifiait pas ses réponses dans les devoirs scolaires
- ☐ Besoin de trop de temps pour mener à leur terme des tâches minutieuses ou comportant de nombreux détails
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

A2

Trouvez-vous souvent difficile de soutenir votre attention sur une tâche? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Incapable de maintenir son attention sur des tâches pendant longtemps*
- ☐ Facilement distrait par ses propres pensées ou associations d'idées
- ☐ Difficile de suivre un film jusqu'à la fin, ou de lire un livre*
- ☐ Rapidement ennuyé par les choses*
- ☐ Pose des questions sur des sujets déjà discutés
- ☐ Autre:

*A moins que le patient trouve le sujet particulièrement intéressant (par exemple, ordinateur ou hobby)

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Du mal à maintenir l'attention lors du travail scolaire
- ☐ Du mal à maintenir l'attention sur un jeu*
- ☐ Facilement distrait
- ☐ Du mal à se concentrer*
- ☐ Besoin d'un environnement structuré pour ne pas être distrait
- ☐ Rapidement ennuyé dans des activités*
- ☐ Autre:

*A moins que le patient trouve le sujet particulièrement intéressant (par exemple, ordinateur ou hobby)

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

A3

Donnez-vous souvent l'impression de ne pas écouter lorsqu'on vous parle directement? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Rêveur ou préoccupé
- ☐ Du mal à se concentrer pendant une conversation
- ☐ Après-coup, ne se rappelle pas du sujet d'une conversation
- ☐ Change souvent de sujet dans une conversation
- ☐ D'autres personnes vous disent que vos pensées sont ailleurs
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Ne sait plus ce que les parents/enseignants ont dit
- ☐ Rêveur ou préoccupé
- ☐ N'écoute qu'avec un contact visuel ou lorsque le ton est élevé
- ☐ Doit souvent être interpellé
- ☐ Les questions doivent être répétées
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

A4

Avez-vous souvent du mal à vous conformer aux consignes et à mener à terme vos tâches domestiques ou vos obligations professionnelles? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Fait plusieurs tâches en même temps sans les terminer
- ☐ Du mal à finir les tâches une fois que la nouveauté a diminué
- ☐ Besoin de fixer un délai pour terminer les tâches
- ☐ Du mal à terminer les tâches administratives
- ☐ Du mal à suivre les instructions dans un manuel
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Du mal à suivre les instructions
- ☐ En difficulté lorsque les tâches comprennent plusieurs étapes successives
- ☐ Ne termine pas les choses
- ☐ Ne termine pas les devoirs ou ne les rend pas
- ☐ Besoin d'un environnement structuré pour pouvoir terminer les tâches
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

A5

Trouvez-vous souvent difficile d'organiser les tâches ou les activités? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Du mal à planifier les activités de la vie quotidienne
- ☐ La maison ou l'espace de travail est en désordre
- ☐ Planifie trop de tâches ou planification inefficace
- ☐ Prévoit régulièrement de faire plusieurs choses au même moment
- ☐ Arrive en retard
- ☐ Incapable d'utiliser un agenda ou un journal de manière efficace
- ☐ Rigide par nécessité de coller au programme
- ☐ Faible conscience du temps
- ☐ Établit des listes sans les utiliser
- ☐ Besoin qu'un tiers structure les choses
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Du mal à être prêt à temps
- ☐ Chambre ou bureau en désordre
- ☐ Du mal à jouer seul
- ☐ Du mal à planifier des tâches ou ses devoirs
- ☐ Fait les choses de manière confuse
- ☐ Arrive en retard
- ☐ Faible conscience du temps
- ☐ Du mal à s'occuper seul
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

A6

Évitez-vous souvent (ou avez-vous en aversion, ou faites-vous à contrecœur) les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Fait en premier les choses les plus faciles ou les plus agréables
- ☐ Remet à plus tard les tâches ennuyeuses ou difficiles
- ☐ Remet à plus tard les choses jusqu'à dépasser les délais
- ☐ Évite les tâches monotones, comme les tâches administratives
- ☐ N'aime pas lire à cause de l'effort mental
- ☐ Évite des tâches qui demandent beaucoup de concentration
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non**Exemples pendant l'enfance:**

- ☐ Évite des devoirs ou aversion pour les devoirs
- ☐ Lit peu de livres ou n'aime pas lire à cause de l'effort mental
- ☐ Évite des tâches qui demandent beaucoup de concentration
- ☐ Déteste les sujets scolaires qui demandent beaucoup de concentration
- ☐ Remet à plus tard les tâches ennuyeuses ou difficiles
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non**A7**

Perdez-vous souvent les objets nécessaires à votre travail ou vos activités? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Égare portefeuille, clés, ou agenda
- ☐ Oublie des choses en quittant un lieu
- ☐ Perd des papiers pour son travail
- ☐ Perd beaucoup de temps à chercher des choses
- ☐ Panique si des gens ont changé des choses de place
- ☐ Range les choses au mauvais endroit
- ☐ Perd des notes, listes ou numéros de téléphone
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non**Exemples pendant l'enfance:**

- ☐ Perd l'agenda, les stylos, les affaires de gymnastique ou d'autres choses
- ☐ Égare des jouets, habits ou devoirs scolaires
- ☐ Perd beaucoup de temps à chercher des choses
- ☐ Panique si des gens ont changé des choses de place
- ☐ Les parents et/ou les enseignants font remarquer qu'il a perdu des choses
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

A8

Vous laissez-vous facilement distraire par des stimuli externes? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Du mal à ignorer des stimuli externes
- ☐ Du mal à reprendre les choses après avoir été distrait
- ☐ Facilement distrait par des bruits ou des événements
- ☐ Facilement distrait par une conversation entre d'autres personnes
- ☐ Du mal à filtrer et/ou sélectionner des informations
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ En classe, il regarde souvent dehors
- ☐ Facilement distrait par des bruits ou des événements
- ☐ Du mal à reprendre les choses après avoir été distrait
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

A9

Avez-vous des oublis fréquents dans la vie quotidienne? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Oublie des rendez-vous ou des obligations
- ☐ Oublie les clés, l'agenda, etc.
- ☐ A besoin de rappels fréquents concernant les rendez-vous
- ☐ Retourne sur ses pas pour prendre des choses oubliées
- ☐ Utilise des programmes rigides pour être sûr de ne rien oublier
- ☐ Ne tient pas à jour son agenda et/ou oublie de consulter son agenda
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Oublie des rendez-vous ou des consignes
- ☐ On doit souvent lui rappeler les choses
- ☐ S'arrête en chemin parce qu'il a oublié ce qu'il devait faire
- ☐ Oublie d'apporter des affaires scolaires
- ☐ Oublie des choses à l'école ou chez des amis
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Supplément au critère A

A l'âge adulte:

Parmi les symptômes attentionnels précédents, en avez-vous présenté davantage ou plus fréquemment que les autres adultes? ☐ Oui / ☐ Non

Enfance:

Parmi les symptômes attentionnels précédents, en avez-vous présenté davantage ou plus fréquemment que les enfants de votre âge? ☐ Oui / ☐ Non

Section 2: Symptômes d'hyperactivité-impulsivité (DSM-IV critère A2)

Instructions: Les symptômes à l'âge adulte doivent être présents depuis au moins six mois. Les symptômes dans l'enfance se rapportent à la période entre 5-12 ans. Pour qu'un symptôme soit attribué au TDAH, il doit être d'allure chronique et ne doit pas être épisodique.

H/I 1

Remuez-vous souvent les mains ou les pieds, ou vous tortillez-vous souvent sur votre siège? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Du mal à rester assis immobile
- ☐ Remue les jambes
- ☐ Tape avec un stylo ou joue avec un objet
- ☐ Tortille les cheveux ou ronge les ongles
- ☐ Capable de contrôler l'agitation mais cela vous stresse
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Les parents disent souvent des choses comme « tiens toi tranquille »
- ☐ Remue les jambes
- ☐ Tape avec un stylo ou joue avec un objet
- ☐ Tortille les cheveux ou ronge les ongles
- ☐ Incapable de rester assis de façon relaxée
- ☐ Capable de contrôler l'agitation mais cela vous stressait
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

H/I 2

Vous levez-vous souvent dans des situations où vous êtes supposé rester assis? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Évite les réunions, les conférences, les cérémonies religieuses, etc.
- ☐ Préfère marcher plutôt que rester assis
- ☐ Ne reste jamais longtemps assis tranquille, bouge sans cesse
- ☐ Stressé par l'obligation de rester assis
- ☐ Trouve une excuse pour pouvoir marcher
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Se lève souvent pendant les repas ou en classe
- ☐ Trouve très difficile de rester assis en classe ou pendant les repas
- ☐ On lui dit souvent de rester assis
- ☐ Trouve une excuse pour pouvoir marcher
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

H/I 3

Vous sentez-vous souvent agité? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Se sent agité ou nerveux à l'intérieur
- ☐ Ressent constamment le sentiment d'avoir quelque chose à faire
- ☐ Trouve difficile de se relaxer
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Court toujours
- ☐ Grimpe sur les meubles ou saute sur les fauteuils
- ☐ Monte aux arbres
- ☐ Se sent agité à l'intérieur
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

H/I 4

Trouvez-vous souvent difficile de profiter d'un moment de détente? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Parle lorsque cela n'est pas approprié
- ☐ Se met rapidement en avant en public
- ☐ Bruyant dans tout type de situations
- ☐ Du mal à faire des activités tranquillement
- ☐ Du mal à parler doucement
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Fait du bruit en jouant ou en classe
- ☐ Incapable de regarder la TV ou un film tranquillement
- ☐ On lui demande souvent de se calmer ou d'être plus tranquille
- ☐ Se met rapidement en avant en public
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

H/I 5

Êtes-vous souvent « sur la brèche » ou comme si vous étiez « dirigé par un moteur »? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Toujours occupé à faire quelque chose
- ☐ Déborde d'énergie, toujours en mouvement
- ☐ Franchit ses propres limites
- ☐ Lâche difficilement prise, excessivement insistant
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Constamment occupé
- ☐ Remarqué par son activité en classe ou à la maison
- ☐ Déborde d'énergie
- ☐ Toujours sur la brèche, monté sur ressorts
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

H/I 6

Parlez-vous souvent trop? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Parle tellement que les gens trouvent cela fatigant
- ☐ Connu pour parler de manière incessante
- ☐ Trouve difficile d'arrêter de parler
- ☐ Tendance à trop parler
- ☐ Ne laisse pas l'occasion aux autres d'intervenir dans une conversation
- ☐ Besoin de beaucoup de mots pour dire quelque chose
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Connu comme une « boîte à paroles »
- ☐ Les enfants ou les enseignants demandent souvent le silence
- ☐ Les fiches scolaires mentionnent souvent des bavardages
- ☐ Puni pour avoir trop parlé
- ☐ Gêne le travail scolaire des autres en parlant trop
- ☐ Ne laisse pas les autres parler dans une conversation
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

H/ 7

Laissez-vous souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Dit ce qu'il pense
- ☐ Dit les choses sans réfléchir
- ☐ Donne des réponses avant que les gens aient fini de parler
- ☐ Finit les phrases des autres
- ☐ Manque de tact
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Dit les choses sans réfléchir
- ☐ Veut être le premier à répondre aux questions en classe
- ☐ Donne la première réponse qui lui vient à l'esprit
- ☐ Interrompt les autres avant que les phrases soient finies
- ☐ Blesse verbalement (manque de tact)
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

H/ 8

Trouvez-vous souvent difficile d'attendre votre tour? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Difficulté à attendre dans une file, veut doubler dans une file d'attente
- ☐ Du mal à attendre patiemment dans la circulation ou les embouteillages
- ☐ Du mal à attendre son tour dans les conversations
- ☐ Impatient
- ☐ Rapidement commence ou met terme à des relations ou des emplois par impatience
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ Du mal à attendre son tour dans les sports ou les jeux
- ☐ Du mal à attendre son tour en classe
- ☐ Toujours le premier à parler ou agir
- ☐ Rapidement impatient
- ☐ Traverse la route sans regarder
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

H/I 9

Interrompez-vous souvent les autres ou imposez-vous votre présence? *Comment était-ce dans votre enfance?*

Exemples à l'âge adulte:

- ☐ Rapide à interférer avec les autres
- ☐ Interrompt les autres
- ☐ Dérange sans qu'on lui ait rien demandé
- ☐ Les autres font remarquer qu'il est intrusif
- ☐ Du mal à respecter les limites des autres
- ☐ A une opinion sur tout et la donne immédiatement
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Exemples pendant l'enfance:

- ☐ S'immisce dans les jeux des autres
- ☐ Interrompt les conversations des autres
- ☐ Réagit sur tout
- ☐ Incapable d'attendre
- ☐ Autre:

Symptôme présent: ☐ Oui / ☐ Non

Supplément au critère A

A l'âge adulte:

Parmi les symptômes d'hyperactivité/impulsivité précédents, en avez-vous présenté davantage ou plus fréquemment que les autres adultes? ☐ Oui / ☐ Non

Enfance:

Parmi les symptômes d'hyperactivité/impulsivité précédents, en aviez-vous présenté davantage ou plus fréquemment que les enfants de votre âge? ☐ Oui / ☐ Non

Section 3: Altération du fonctionnement due aux symptômes (DSM-IV critères B, C et D)

Critère B

Avez-vous toujours eu ces symptômes de déficit attentionnel et/ou d'hyperactivité/impulsivité?

- ☐ Oui (quelques symptômes étaient présents avant l'âge de 7 ans)
- ☐ Non

Si vous avez répondu « Non », les symptômes ont débuté à l'âge de ans

Critère C

Dans quels domaines ces symptômes vous causent-ils ou vous ont-ils causé des problèmes?

A l'âge adulte

Travail/éducation

- ☐ N'a pas atteint le niveau d'étude pour le travail voulu
- ☐ Travaille en deçà du niveau d'étude
- ☐ Rapidement fatigué d'un lieu de travail
- ☐ Succession de plusieurs emplois à court terme
- ☐ Difficulté avec le travail administratif/la planification
- ☐ N'obtient pas de promotions
- ☐ Sous-performant au travail
- ☐ A quitté un emploi ou a été renvoyé après une dispute
- ☐ Arrêts de travail ou invalidité liés aux symptômes
- ☐ Retentissement limité par compensation par un fort niveau intellectuel
- ☐ Retentissement limité par compensation par la structure externe
- ☐ Autre:

Relations et/ou famille

- ☐ Rapidement fatigué par les relations
- ☐ Débute/termine impulsivement les relations
- ☐ Compensation nécessaire des symptômes par le conjoint
- ☐ Problèmes relationnels, nombreuses disputes, manque d'intimité
- ☐ Divorce à cause des symptômes
- ☐ Problèmes sexuels à cause des symptômes
- ☐ Problèmes avec l'éducation à cause des symptômes
- ☐ Difficultés ménagères et/ou administratives
- ☐ Problèmes financiers ou jeux d'argent
- ☐ N'ose pas commencer une relation
- ☐ Autre:

Dans l'enfance

Éducation

- ☐ Niveau d'études inférieur à celui prédit par le QI
- ☐ Redoublement à cause de problèmes de concentration
- ☐ Études inachevées/Renvoi d'un établissement scolaire
- ☐ Plus d'années pour terminer les études que nécessaire
- ☐ A obtenu un niveau d'étude conforme au QI mais avec beaucoup de difficultés
- ☐ Difficulté à faire les devoirs
- ☐ Éducation spéciale à cause des symptômes
- ☐ Commentaires des enseignants sur le comportement ou la concentration
- ☐ Retentissement limité par compensation par un fort niveau intellectuel
- ☐ Retentissement limité par compensation par la structure externe
- ☐ Autre:

Famille

- ☐ Disputes fréquentes avec frères et sœurs
- ☐ Punitives ou corrections fréquentes
- ☐ Peu de contacts avec la famille à cause des conflits
- ☐ A nécessité le soutien des parents pour une période plus longue que la normale
- ☐ Autre:

A l'âge adulte (continue)

Contacts sociaux

- ☐ Rapidement fatigué par les contacts sociaux
- ☐ Difficulté à maintenir des contacts sociaux
- ☐ Conflits résultant de problèmes de communication
- ☐ Difficulté à initier des contacts sociaux
- ☐ Faible auto-affirmation de soi conséquence des expériences négatives
- ☐ Inattention (par exemple, oubli d'envoyer une carte, d'être empathique, d'appeler au téléphone, etc.)
- ☐ Autre:

Temps libre/Hobby

- ☐ Incapable de se relaxer complètement pendant le temps libre
- ☐ Obligé de pratiquer beaucoup de sport pour se relaxer
- ☐ Blessures à la suite d'une pratique excessive du sport
- ☐ Incapable de terminer un livre ou de regarder un film jusqu'au bout
- ☐ Fatigué parce qu'affairé en permanence
- ☐ Rapidement lassé par les hobbies
- ☐ Accidents ou suspension de permis de conduire suite à un comportement dangereux
- ☐ Recherche de sensations et/ou prise trop fréquente de risques
- ☐ Problèmes avec la police/la justice
- ☐ Hyperphagie
- ☐ Autre:

Confiance en soi/Image de soi

- ☐ Doute de lui-même suite aux remarques négatives des autres
- ☐ Image de soi négative à cause des échecs du passé
- ☐ Peur de l'échec en commençant de nouvelles choses
- ☐ Réaction excessive aux critiques
- ☐ Perfectionnisme
- ☐ Affecté par les symptômes du TDAH
- ☐ Autre:

Dans l'enfance (continue)

Contacts sociaux

- ☐ Difficulté à maintenir des contacts sociaux
- ☐ Conflits résultant de problèmes de communication
- ☐ Difficulté à initier des contacts sociaux
- ☐ Faible auto-affirmation de soi conséquence des expériences négatives
- ☐ Peu d'amis
- ☐ Taquiné par les autres
- ☐ Exclu du groupe ou n'est pas invité à participer aux activités du groupe
- ☐ Joue les petits durs
- ☐ Autre:

Temps libre/Hobby

- ☐ Incapable de se relaxer correctement pendant le temps libre
- ☐ Obligé de pratiquer beaucoup de sport pour se relaxer
- ☐ Blessures à la suite d'une pratique excessive du sport
- ☐ Incapable de terminer un livre ou de regarder un film jusqu'au bout
- ☐ Fatigué parce qu'affairé en permanence
- ☐ Rapidement lassé par les hobbies
- ☐ Recherche de sensations et/ou prise trop fréquente de risques
- ☐ Problèmes avec la police/la justice
- ☐ Nombre augmenté d'accidents
- ☐ Autre:

Confiance en soi/Image de soi

- ☐ Doute de lui-même suite aux remarques négatives des autres
- ☐ Image de soi négative à cause des échecs du passé
- ☐ Peur de l'échec avant de démarrer de nouvelles choses
- ☐ Réaction excessive aux critiques
- ☐ Perfectionnisme
- ☐ Autre:

Age adulte: Preuve d'une altération du fonctionnement dans ≥ 2 domaines?

☐ Oui / ☐ Non

Enfance: Preuve d'une altération du fonctionnement dans ≥ 2 domaines?

☐ Oui / ☐ Non

Fin de l'entretien. Passez s'il-vous-plait au résumé.

Détails supplémentaires:

Résumé des symptômes A et H/I

Indiquez les critères cotés dans les Sections 1 et 2, et calculez les sommes

Critère DSM-IV TR	Symptôme	Présent à l'âge adulte	Présent dans l'enfance
A1a	A1. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités		
A1b	A2. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux		
A1c	A3. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement		
A1d	A4. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)		
A1e	A5. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités		
A1f	A6. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)		
A1g	A7. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par exemple, jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)		
A1h	A8. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes		
A1i	A9. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne		
Nombre total de critères de Déficit Attentionnel		<input type="text"/> / 9	<input type="text"/> / 9
A2a	H/I 1. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège		
A2b	H/I 2. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis		
A2c	H/I 3. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)		
A2d	H/I 4. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir		
A2e	H/I 5. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »		
A2f	H/I 6. Parle souvent trop		
A2g	H/I 7. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée		
A2h	H/I 8. A souvent du mal à attendre son tour		
A2i	H/I 9. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou les jeux)		
Nombre total de critères d'Hyperactivité et d'Impulsivité		<input type="text"/> / 9	<input type="text"/> / 9

Formulaire de cotation

DSM-IV critère A	Enfance Le nombre de symptômes du critère A est-il ≥ 6 ? Le nombre de symptômes du critère H/I est-il ≥ 6 ? Age adulte* Le nombre de symptômes du critère A est-il ≥ 6 ? Le nombre de symptômes du critère H/I est-il ≥ 6 ?	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
DSM-IV critère B	Y a-t-il des indications en faveur de la persistance sur la vie entière d'un ensemble de symptômes et d'une altération du fonctionnement?	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
DSM-IV critères C et D	Présence de symptômes et d'une altération du fonctionnement dans au moins deux types différents d'environnement Enfance Age adulte	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
DSM-IV critère E	Les symptômes ne peuvent pas être (mieux) expliqués par la présence d'un autre diagnostic de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, par <input type="text"/>
	Le diagnostic est-il conforté par des informations collatérales? Parent(s)/frère/sœur/autre, par exemple <input type="text"/> ** Partenaire/ami proche/autre, par exemple <input type="text"/> ** Livrets scolaires 0 = aucun/faible support 1 = quelque support 2 = support net	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Détails: <input type="text"/>
	Diagnostic TDAH***	<input type="checkbox"/> Non Oui, sous-type <input type="checkbox"/> 314.01 Type combiné <input type="checkbox"/> 314.00 Type inattentif prédominant <input type="checkbox"/> 314.01 Type hyperactif/impulsif prédominant

* Certaines recherches ont suggéré qu'à l'âge adulte, quatre critères au moins de déficit attentionnel et/ou d'hyperactivité-impulsivité seraient suffisants pour porter le diagnostic de TDAH. Kooij et al.: Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine* 2005; 35(6):817-827. Barkley RA: Age dependent decline in ADHD: True recovery or statistical illusion? *The ADHD Report* 1997; 5:1-5.

** Indiquez la personne qui a fourni l'information collatérale.

*** Si les sous-types établis sont différents dans l'enfance et à l'âge adulte, le sous-type à l'âge adulte prévaut pour le diagnostic.

ANNEXE 5:

WENDER UTAH RATING SCALE (Version 25 items)

Nom : _____ Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ____ / ____ / 19____
Date de passation : ____ / ____ / 20____

	Pas du tout ou très légèrement	Légèrement	Modérément	Assez	Beaucoup
Enfant et/ou adolescent, j'étais (ou j'avais)					
3. Des problèmes de concentration. J'étais facilement distrait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anxieux. Je me faisais du souci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nerveux. Je ne tenais pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Inattentif(ve), rêveur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Facilement en colère, « soupe au lait »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Des éclats d'humeur, des accès de colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Des difficultés à me tenir aux choses, à mener mes projets jusqu'à la fin, à finir les choses commencées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Têtu(e), obstiné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Triste ou cafardeux(se), déprimé(e), malheureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Désobéissant(e) envers mes parents, rebelle, effronté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mauvaise opinion de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. D'humeur changeante avec des hauts et des bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. En colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impulsif(ve). J'agissais sans réfléchir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tendance à être immature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Culpabilisé(e), plein(e) de regrets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je pouvais perdre le contrôle de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tendance à être ou à agir de façon irrationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Impopulaire auprès des autres enfants. Je ne gardais pas longtemps mes amis ou je ne m'entendais pas avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Du mal à voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Des ennuis avec les autorités, des ennuis à l'école, convoqué(e) par le directeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Dans l'ensemble un élève peu doué, apprenant lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Des difficultés en mathématiques ou avec les chiffres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. En dessous de mon potentiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL=	<div></div>				

Chaque item est coté de 0 à 4

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine

Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan

University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

NOM DU PATIENT :	_____	PROTOCOLE NUMERO :	_____
DATE DE NAISSANCE:	_____	Heure de Début :	_____
ENTRETIEN REALISE PAR :	_____	Heure de Fin :	_____
DATE DE L'ENTRETIEN :	_____	DUREE TOTALE :	_____

M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / current

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + Vie entière	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. \pm 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

• **Entretien :**

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

• **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

• **Conventions :**

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (➔) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

• **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA

Inserm U302

Hôpital de la Salpêtrière

47, boulevard de l'Hôpital

F. 75651 PARIS

FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59

fax : +33 (0) 1 45 85 28 00

e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN

University of South Florida

Institute for Research in Psychiatry

3515 East Fletcher Avenue


TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544

fax : +1 813 974 4575

e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
				
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.)			
	COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce			

f presque tous les jours ?

NON OUI

8

g Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

NON OUI

9

A4 Y A-T-IL AU MOINS **3 OUI** EN **A3** ?

(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

A5a Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?



NON OUI

10

Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?

b

NON OUI

11

A5b EST-ELLE COTEE **OUI** ?


NON

OUI

***EPISODE DEPRESSIF
MAJEUR PASSE***

A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (**A4 = OUI**), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a	A2 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	12
b	Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ?			
	Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?	NON	OUI	13
				
	A6a OU A6b SONT-ELLES COTEES OUI	NON	OUI	

Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :

A7 a	Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	14
b	Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	15
c	Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours?	NON	OUI	16
d	A3c EST ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	17
e	A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?	NON	OUI	18

f Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?

NON OUI

19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON

OUI

***EPISODE DEPRESSIF
MAJEUR***

***avec Caractéristiques
Mélancoliques***

ACTUEL

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	→ NON	OUI	21
B3	Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
		→		
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	NON	OUI	

B4 Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous?



NON OUI

28

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON

OUI

DYSTHYMIE

ACTUEL

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

Si OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER

NON	OUI
<i>RISQUE SUICIDAIRE</i>	
<i>ACTUEL</i>	
LEGER	∞
MOYEN	∞

C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN

C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

ELEVE

88

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?

NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.

NON OUI

SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.

Si OUI

b Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?

NON OUI

D2 a Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?

Ne pas prendre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool.

NON OUI

Si OUI

b Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?

NON OUI



D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?

NON OUI

D3 Si D1b OU D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL

Si D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement

important ?

NON OUI

- b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)

NON OUI

- c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?

NON OUI

- d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?

NON OUI

- e Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?

NON OUI

- f Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?

NON OUI

- g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI

11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3



OU 4 SI **D1a** = **NON** (EPISODE PASSE) OU **D1b** = **NON** (EPISODE ACTUEL) ?

NON OUI

- D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine **et** ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres

ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

EPISODE
HYPOMANIAQUE

Si OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

ACTUEL •
PASSE •

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

EPISODE MANIAQUE

Si OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

ACTUEL •
PASSE •

E. TROUBLE PANIQUE

- E1 Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) **subitement** très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?

NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES

NON OUI

Si E1 = **NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- E2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?

NON OUI

Si E2 = **NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?

NON OUI

Si E3 = **NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- E4 **Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :**

- | | | | |
|---|--|-----|-----|
| a | Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ? | NON | OUI |
| b | Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ? | NON | OUI |
| c | Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ? | NON | OUI |
| d | Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ? | NON | OUI |
| e | Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ? | NON | OUI |
| f | Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ? | NON | OUI |
| g | Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ? | | |

		NON	OUI
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)?	NON	OUI
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	NON	OUI
	Si E5 = NON, PASSER À E7		<i>Trouble Panique</i>
			<i>Vie entière</i>
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	NON	OUI
	Si E6 = OUI, PASSER A F1		<i>Trouble Panique</i>
			<i>Actuel</i>
E7	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI
			<i>Attaques</i>
			<i>Paucisymptomatiques vie entière</i>

F. AGORAPHOBIE

F1 Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquiez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI

19

Si **F1 = NON**, ENTOURER NON EN F2

F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI

20

Agoraphobie

Actuel

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON

et

E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON

OUI

TROUBLE PANIQUE

sans Agoraphobie

ACTUEL

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE **OUI**

et

E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE **OUI** ?

NON

OUI

TROUBLE PANIQUE

avec Agoraphobie

ACTUEL

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE **OUI**

et

E5 (TROUBLE PANIQUE *VIE ENTIERE*) EST-ELLE COTEE **NON** ?

NON

OUI

AGORAPHOBIE

sans antécédents de

Trouble Panique

ACTUEL

G. PHOBIE SOCIALE

G1 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?



NON OUI

1

G2 Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?



NON OUI

2

G3 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?



NON OUI

3

G4 Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?

NON OUI

4

G4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON

OUI

PHOBIE SOCIALE

ACTUEL

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale **ou** que vous aviez des microbes, **ou** que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, **ou** agir impulsivement **ou** bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépessibles **ou** un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI

1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

Si **H1 = NON**, PASSER À **H4**

H2 Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI

2

Si **H2 = NON**, PASSER À **H4**

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI

3

H4 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

		NON	OUI	4
--	--	-----	-----	---



H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

NON OUI

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?



NON OUI

5

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

NON OUI

6

H6 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF
ACTUEL**

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.

NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INNAPROPRIES.

AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

			BIZARR E	
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON OUI	OUI	1
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON OUI	OUI	2
			→ L6a	
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON	OUI	3
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	4
			→ L6a	
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON	OUI	5
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON	OUI	6
			→ L6a	

L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI	7
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI	8
				→ L6a	
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?	NON	OUI	OUI	9
	NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4				
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI	10
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?	NON	OUI	OUI	11
	COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REpond OUI A LA QUESTION :				
	Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?				
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	OUI	12
				→ L8b	
L7 a	Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?	NON	OUI		13
	COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIEES.				
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI		14
OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :					
L8 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?	NON	OUI		15
L9 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?	NON	OUI		16

L10 DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?

NON OUI

17

L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « b » COTEE OUI BIZARRE

OU

DEUX QUESTIONS « b » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?

NON

OUI

**SYNDROME
PSYCHOTIQUE ACTUEL**

L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « a » COTEE OUI BIZARRE

OU

DEUX QUESTIONS « a » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?

(VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS)

OU

L11 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON

OUI

**SYNDROME
PSYCHOTIQUE VIE
ENTIERE**

L13a SI L11 EST COTEE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 :

LE PATIENT PRESENTE-T-IL

UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE)



OU UN EPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?

NON OUI

b SI L13a EST COTEE OUI :

Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?

NON OUI

18

L13b EST-ELLE COTEE OUI ?

NON

OUI

***TROUBLE DE L'HUMEUR
AVEC
CARACTERISTIQUES
PSYCHOTIQUES
ACTUEL***

M. ANOREXIE MENTALE

M1	Combien mesurez-vous ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	
a			
b	Au cours des 3 derniers mois, quel est a été votre poids le plus faible ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
c	LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDICÉ POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE	<div>→</div> <div>NON OUI</div>	1

Au cours des trois derniers mois :

M2	Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?	<div>→</div> <div>NON OUI</div>	2
M3	Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?	<div>→</div> <div>NON OUI</div>	3
M4	a Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?	<div>NON OUI</div>	4
b	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	<div>NON OUI</div>	5
c	Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?	<div>NON OUI</div>	6
M5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?	<div>→</div> <div>NON OUI</div>	

M6 POUR LES FEMMES SEULEMENT : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ?



NON OUI

7

POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ?

POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON

OUI

ANOREXIE MENTALE

ACTUEL

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
POIDS (kg)											
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

N. BOULIMIE

N1	Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?	→	NON	OUI	8
N2	Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?	→	NON	OUI	9
N3	Durant ces crises de boulimie, avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ?	→	NON	OUI	10
N4	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?	→	NON	OUI	11
N5	L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	→	NON	OUI	12
N6	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ?		NON	OUI	13
SI N6 = NON, PASSER À N8					
N7	Ces crises de boulimie surviennent-elles toujours lorsque votre poids est en dessous de ____ kg* ?		NON	OUI	14
* REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.					

N8 **N5** EST-ELLE COTEE **OUI** ET **N7** COTEE **NON** (OU NON-COTEE)
?

NON

OUI

BOULIMIE

ACTUEL

N7 EST-ELLE COTEE **OUI** ?

NON

OUI

ANOREXIE MENTALE

Binge-eating / Purging type

ACTUEL

O. ANXIETE GENERALISEE

O1 a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?



NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

NON OUI

1

Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?



NON OUI

2

b

O2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?



NON OUI

3

DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT

O3 **Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:**

a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?

NON OUI

4

b D'avoir les muscles tendus ?

NON OUI

5

c	De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON	OUI	6
d	D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON	OUI	7
e	D'être particulièrement irritable ?	NON	OUI	8
f	D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON	OUI	9

Y A-T-IL AU MOINS **3 OUI** EN **03** ?

NON

OUI

***ANXIETE
GENERALISEE
ACTUEL***

P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)

P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI | 1 |
| b | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ? | NON | OUI | 2 |
| c | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ? | NON | OUI | 3 |
| d | Volontairement détruit ou mis le feu ? | NON | OUI | 4 |
| e | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ? | NON | OUI | 5 |
| f | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ? | NON | OUI | 6 |



Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ?

NON OUI

NE PAS COTER OUI LES REPONSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUES OU RELIGIEUX.

Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :

P2

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou volontairement ne pas travailler pour assurer le minimum vital ? | NON | OUI | 7 |
| b | Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un | | | |

crime ?	NON	OUI	8
c Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ?	NON	OUI	9
d Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou du plaisir, ou menti juste pour vous amuser ?	NON	OUI	10
e Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ?	NON	OUI	11
f Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ?	NON	OUI	12

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON

OUI

***TROUBLE DE LA
PERSONNALITE
ANTISOCIALE
VIE ENTIERE***

REFERENCES

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

LES VERSIONS ORIGINALES FRANÇAISE ET ANGLAISE DU M.I.N.I. / DSM-IV ONT ÉTÉ TRADUITES ET PEUVENT ÊTRE DEMANDÉES AUX

AUTEURS (VOIR PAGE 3). UNE VERSION CIM-10 DU M.I.N.I. EST AUSSI DISPONIBLE EN FRANÇAIS, EN ANGLAIS, EN DANOIS ET EN INDONÉSIE.

Langues	M.I.N.I. 4.4 et versions antérieures	M.I.N.I. 5.0.0 +
Afrikaans		R. Emsley, N. Keyter
Arabic		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		In preparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brazilian	P. Amorim	P. Amorim
Bulgarian		L.G. Hranov
Catalan		In preparation
Czech	P. Zvolnsky	P. Zvolnsky
Croatian		In preparation
Danish	P. Bech	P. Bech, G. Bech-Andersen, T. Schütze
Dutch/Flemish	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Egyptian (Arabic)		R. Haddad, W. Naja, C. Baddoura, A. Okasha
Estonian		J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Persian		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finnish	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen
German	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer, A. Vossen
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Greek	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Hebrew	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Hungarian	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Icelandic		J. Stefansson
Indonesian		A. Maramis et al.
Italian	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli,
Japanese		M. Tansella, G. Cassano
Korean		T. Otsobo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda,
Latvian	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	K. Tanaka, Y. Okajima
Lebanese (Arabic)		H. Y. Jung et al.
Lithuanian		V. Janavs, J. Janavs
Malay		R. Haddad, W. Naja, C. Baddoura
Malaysian (Chinese)		V. Danileviciute
Moroccan (Arabic)		Adapted from A. Maramis
Norwegian	G. Pedersen, S. Blomhoff	L. Carroll, J.-d.-Juang, Ong Choong Moi
Polish	M. Masiak, E. Jasiak	N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaou
Portuguese	P. Amorim	K. Leiknes, S. Leganger, E. Malt, U. Malt
Punjabi		M. Masiak, J. Przychoda
Romanian	O. Driga	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Russian		A. Gahunia, S. Gambhir
Serbian	I. Timotijevic	M.D. Gheorghe
		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
		I. Timotijevic

Setswana		K. Ketlogetswe
Slovak		L. Vavrušová, J. Pečeňák, L. Forgáčová
Slovenian	M. Kocmur	M. Kocmur
Spanish	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert. Adaptation for Central and South America: G. Heinze
Swedish	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, M. Humble, S. Andersch, H. Ågren
Thai		P. Kittirattanapaiboon, S. Mahatnirunkul, P. Udomrat, P. Silpakit, M. Khamwongpin, S. Srikosai.
Tagalog (Filipino)		B.L.Conde, A. Lao
Taiwanese (Chinese)		L. Carroll, K-d Juang
Turkish	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	Y. Yazgan
Urdu		A. Taj, S. Gambir
Welsh		In preparation
Xhosa		D. Kaminer, I. Mbanga, N. Zungu-Dirwayi, D. Stein

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. ont été rendus possibles grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE. Imp. le 18/05/16 18:05

ANNEXE 7 :

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Rubrique : auto-administré/généraliste

Note préliminaire : ces repères permettent de s'assurer de l'adéquation entre le patient et l'outil de bilan proposé.

BILAN D'UTILISATION COURANTE :

International
« validé » (3)

International,
largement accepté (2)

National
(1)

Local
(0)

Niveau du bilan : 3

POINT DE VUE UTILISATEUR (SI POSSIBLE)

Simplicité d'utilisation	Facilité de lecture	Sensibilité aux très petits écarts	Fiabilité vérifiée	Reproductible inter intra
SCORE = 2	SCORE = 1	SCORE = 3	SCORE = 3	SCORE = 3

Scores appliqués : 3 = excellent 2 = bon 1 = acceptable 0 = questionnable

Présentation :

Ce bilan de santé généraliste peut être utilisé en complément de bilans plus spécifiques.

Critères d'inclusion (les catégories majeures cliniques) :

Toutes catégories de personnes ayant des difficultés de santé.

Critères d'exclusion (ne pas utiliser pour) :

Aucun.

Critères de péjoration (diagnostic associé) :

Dépression, difficultés relationnelles.

Evolution du score :

Varie selon les items, afin de tester la vigilance du patient. La lecture des résultats fournit une appréciation sémantique.

Le questionnaire généraliste SF-36

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___
A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___
Pire qu'il y a un an ___

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ?
(réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

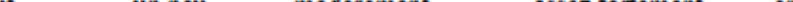
	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- *Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?*

Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?


 Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

d. mon état de santé est excellent.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME :

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité est le motif le plus fréquent de consultation en pédopsychiatrie. Le TDAH serait lié à un trouble dysfonctionnel neurologique. Durant les dernières années, les définitions du TDAH ont évolué.

L'idée que l'hyperactivité disparaissait à l'adolescence a longtemps prévalu chez beaucoup de spécialistes. Grâce à une observation prolongée des patients hyperactifs, les cliniciens remarquent la persistance fréquente d'un tableau partiel, modifié et complexe chez l'adulte. A terme, le tableau clinique est transformé mais il n'a pas disparu pour autant.

Le TDAH serait un facteur de risque d'entrée dans une pathologie addictive, d'autant plus qu'un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel avec provocation y est associé. La prévalence du TDAH augmente considérablement dans les populations avec problématique addictive. Ces patients ont un âge plus précoce d'entrée dans l'addiction, plus de comorbidités psychiatriques, un plus grand risque de chronicisation et une moins bonne réponse aux thérapeutiques.

Notre travail consistait à caractériser une population ambulatoire qui consulte dans les CSAPA des Alpes maritimes.

Les principaux résultats de notre travail mettent en évidence un pourcentage de TDAH plus élevé que dans la population générale (un patient sur trois); les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment rencontrées chez les patients TDAH sont les troubles de l'humeur et l'anxiété généralisée; les addictions les plus représentées sont le tabac, l'alcool et le cannabis. L'âge de début des consommations est plus précoce dans le groupe TDAH et les scores de qualité de vie y sont plus bas.

Les enfants qui ont pu bénéficier d'un diagnostic de TDAH doivent poursuivre leur suivi même quand ils entrent à l'âge adulte, et parfois, s'il y a une nécessité, poursuivre leur traitement. Ils doivent bénéficier d'une prévention active sur le risque de consommation de produits et d'une bonne connaissance de leur pathologie.

De nombreux patients qui présentent un TDAH sont dans la majorité des cas ignorés. Ils seraient causes de difficultés de prise en charge, de nombreuses rechutes et de complexités psychopathologiques. Un dépistage systématique devrait faire partie intégrante dans l'évaluation psychiatrique proposée dans les CSAPA ou en milieu addictologique.

Mots clés : addiction, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, comorbidités psychiatriques.